



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

EVALUACIÓN DE LOS PILOTOS DE RESIDENCIA DE PROTECCIÓN INFANTO- ADOLESCENTE DEL HOGAR DE CRISTO

Informe Final

Santiago de Chile, 21 de diciembre de 2020

Ignacio Bórquez

Andrés Hojman

Mariel Mateo

Carolina Muñoz

Marigen Narea

Luisa Tesch

Eduardo A. Undurraga

Eduardo Valenzuela

Facultad de
Ciencias Sociales

Escuela de
Gobierno

Contenido

Resumen Ejecutivo.....	I
1 Introducción.....	7
2 Antecedentes.....	8
2.1 Sistema de Residencias infanto-adolescentes en Chile.....	9
2.2 Descripción del programa.....	12
2.3 Objetivos del programa.....	12
3 Objetivos del estudio.....	16
3.1 Objetivo principal.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 Evaluación de diseño.....	18
4.1 Recomendaciones evaluación de diseño 2018.....	20
4.2 Cambios implementados hasta la fecha.....	23
4.3 Cambios que se esperan en la Actualización del Modelo Técnico 2021.....	24
4.4 Análisis de los cambios recomendados e implementados.....	27
5 Evaluación de procesos.....	31
5.1 Enfoque terapéutico.....	31
5.2 Profesionalización del cuidado.....	33
5.3 Ambiente familiar.....	35
5.4 Trabajo intensivo con la familia.....	37
5.5 Supervisión técnica.....	38
5.6 Apoyo legal.....	39
5.7 Cuidado de los equipos.....	41
5.8 Acompañamiento post-egreso.....	44
5.9 Conclusiones de la evaluación de procesos de las innovaciones.....	50
5.10 Consideraciones organizacionales.....	46
5.11 Conclusiones.....	50
6 Evaluación de resultados.....	55
6.1 Metodología.....	55
6.2 Resultados.....	59
6.3 Test de permutaciones.....	109
6.4 Conclusiones de la evaluación de resultados.....	110
7 Conclusiones y recomendaciones.....	Error! Bookmark not defined.
7.1 Recomendaciones relativas a la implementación de la residencia Maruri.....	Error! Bookmark not defined.
7.2 Recomendaciones relativas al diseño del modelo con miras a su fortalecimiento y replicabilidad.....	Error! Bookmark not defined.
7.3 Recomendaciones asociadas a la escalabilidad del modelo.....	Error! Bookmark not defined.
8 Bibliografía.....	Error! Bookmark not defined.
9 Anexos.....	133
10 Anexo 1. Actualización del Marco Lógico y la Evaluación de Diseño.....	133
10.1 Análisis de Involucrados.....	133
10.2 Árbol de problemas.....	134
10.3 Árbol de objetivos.....	137
10.4 Teoría de Cambio.....	139
10.5 Matriz de Marco Lógico.....	141

11	Anexo 2. Trabajo en Terreno 2020.....	149
11.1	Cambios en la encuesta 2020	149
11.2	Equipo de Trabajo	150
11.3	Proceso de Aplicación de Encuestas 2020	Error! Bookmark not defined.

Resumen Ejecutivo

Contexto

La institucionalización de jóvenes en Chile ha sido seriamente cuestionada en los últimos años, particularmente el trabajo que corresponde al Servicio Nacional de Menores (SENAME). El SENAME cumple su mandato por medio de centros de atención directa y a través de una red de Organismos Colaboradores Acreditados (OCAS), que actúan según lineamientos definidos del Servicio. El modelo de intervención residencial muestra una serie de limitaciones, las que incluyen: (1) baja capacitación del personal de trabajo y rotación, (2) déficit en la gestión de recursos humanos, (3) infraestructura inadecuada, (4) limitada seguridad e higiene de las residencias y, por último, (5) problemas en el ingreso, evaluación, y calidad de la intervención (INDH 2016).

El Hogar de Cristo (HdC), organismo colaborador de SENAME, se ha planteado implementar y evaluar un modelo piloto de atención residencial para lograr servicios más personalizados y de mayor calidad. El programa piloto implica la reformulación y un cambio de paradigma respecto del actual modelo de residencias de protección dirigido a la población infanto-adolescentes. El programa piloto tiene varias innovaciones, que incluyen un enfoque integral de protección de derechos, basado en relaciones, y con un equipo de profesionales de apoyo con la formación y especialización adecuada; reducción del tamaño de las residencias; asesoría legal a los jóvenes y sus familias; y supervisión externa continua que evalúa la ejecución del programa.

El Hogar de Cristo adjudicó a la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), a través de la Facultad de Ciencias Sociales y la Escuela de Gobierno UC, la evaluación de diseño, procesos y de resultados de los pilotos de las residencias de protección para niños, niñas y jóvenes vulnerados en sus derechos que ejecuta la Fundación Hogar de Cristo. En este contexto, el presente documento corresponde al resumen ejecutivo del Informe Final de la Evaluación de los Pilotos de Residencias de Protección Infanto-Adolescentes del Hogar de Cristo.

Evaluación de los pilotos

La evaluación de los pilotos de las residencias de protección infanto-adolescente del Hogar de Cristo consta de tres componentes principales: la evaluación de diseño, la evaluación de procesos, y la evaluación de resultados. La evaluación del piloto constó de tres etapas: construcción de la línea base (2018), evaluación intermedia durante la implementación del proyecto (2019), y evaluación final (2020).

En primer lugar, la **evaluación de diseño** sistematiza la información disponible sobre el programa en el *Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas especializadas para jóvenes*, para describir y evaluar la lógica de la intervención utilizando la metodología de Matriz de Marco Lógico (MML). El foco de esta evaluación, realizada el 2018 fue la coherencia del diseño y su robustez. Posteriormente se entregaron recomendaciones específicas para la reformulación del diseño del Modelo Técnico. Durante el año 2020, se retoma la evaluación de diseño a la luz de la futura actualización del Modelo Técnico, programada para inicios del 2021. Finalmente se analizan las recomendaciones de actualización y aquellas que no fueron atendidas.

Para la **evaluación de procesos** se construyó una línea de base en abril 2018 y una segunda medición durante abril y mayo de 2019. Durante el año 2020 se realizó un estudio de sistematización de las innovaciones junto a quienes implementaron el programa. En general, se describe la situación de la población relacionada al proyecto, niñas, niños, y adolescentes y el equipo de trabajo de las residencias -

, y el contexto general de la intervención. Durante los dos primeros años se revisó la seguridad del cuidado, es decir, que las residencias y los equipos cuenten con la infraestructura, herramientas, protocolos y procesos mínimos para proveer una protección adecuada a las niñas, niños, y adolescentes y funcionarios, y una evaluación de las innovaciones de la propuesta.

Para identificar los **resultados del programa** piloto de residencias, se definió un grupo de control por *matching* o “emparejamiento estadístico”. El método consiste en identificar un grupo de control de niñas, niños, y adolescentes que reside en Organismos Colaboradores del SENAME, que sea estadísticamente comparable al grupo participante del piloto del Hogar de Cristo (20 niños) de acuerdo a características observables claves como sexo, edad, permanencia en el sistema de protección y escolaridad. Este grupo de control está compuesto por 60 niños. Esta evaluación presenta importantes **limitaciones metodológicas**, que explican en parte la incapacidad de observar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. En concreto: (i) la asignación a tratamiento, no aleatoria, al igual que el tamaño del grupo de tratamiento (20 adolescentes) hacían poco probable observar diferencias estadísticamente significativas a menos de que el tamaño de efecto detectado fuese muy grande. Esto fue transparentado por el equipo investigador desde el comienzo de la evaluación; (ii) A comienzos de octubre de 2019 ocurrió un incendio en una de las residencias piloto (Anita Cruchaga) que obligó a terminar con la implementación de esa residencia. Las adolescentes fueron trasladadas a otros programas o egresaron. Por esta razón, sólo se presentan análisis de Anita Cruchaga para el primer año de implementación del piloto (incluyendo la línea base y la primera ola, correspondiente al primer año de implementación), aun cuando se retoman aprendizajes de la experiencia con dicha residencia. Esto además mermó el tamaño muestral para realizar comparaciones; (iii) Durante octubre de 2019 ocurrió el denominado “estallido social” en Chile, contexto que provocó cambios en la implementación del programas y en la rutina diaria del país entero, lo que pudo haber afectado los resultados; y (iv) La pandemia de COVID-19 obligó a restringir el cuestionario y número de preguntas durante el 2020 por razones metodológicas. Las entrevistas se realizaron de manera no presencial sino mediante video llamada, por lo que el tiempo de entrevista debía ser acortado. Esto además supuso cambios en la implementación, como también un estresor más tanto para los y las adolescentes participantes en el estudio, como para los y las implementadoras. En conclusión, el tamaño muestral, junto con los instrumentos utilizados (cuantitativos) y los problemas contextuales recién descritos no permitieron detectar efectos significativos estadísticamente de empeoramiento ni mejora del grupo de tratamiento. No obstante, la evaluación si muestra tendencias y resultados descriptivos que a juicio del equipo son informativos. Dicho esto, sí se observaron cambios positivos para los y las adolescentes participantes en el piloto a partir de la información cualitativa recolectada. Por esto, el presente informe busca dar cuenta de resultados integrados, tomando en consideración ambas fuentes de información.

A continuación, se presentan los principales hallazgos y conclusiones.

Evaluación de diseño

- El Modelo Técnico constituye una base sólida desde donde plantear la intervención, pero que requiere mejorar a partir de la experiencia de intervención de los últimos años.
- Se identificaron cambios implementados a lo largo de la intervención que guardan relación con las recomendaciones realizadas al diseño inicialmente al año 2018. Entre estas se identifican un cambio en el rol del supervisor externo como facilitar del proceso de implementación del enfoque terapéutico, el ajuste del rol del abogado en un contexto cuyas funciones se fueron duplicando con las del Programa Mi Abogado, en la medida que este último tomaba más fuerza, y una mayor definición del rol de la dupla de familia, considerando que dicho rol era novedoso en relación a las residencias tradicionales.

- Se evaluó que el diseño de manera transversal requiere incorporar mayor definición, tanto de los roles entre los profesionales intervinientes dentro y fuera de la residencia, con tal de generar un trabajo coordinado y con claridad de roles, límites y responsabilidades. Asimismo, se requiere una mayor operacionalización respecto a cómo implementar el enfoque terapéutico, la definición de actividades y sistemas de monitoreo también es necesaria. La información recopilada a partir de la praxis de los profesionales de la residencia debiesen ser un insumo clave para una mayor definición y operacionalización en la actualización del modelo técnico.
- Se plantea la incoherencia entre el diseño y objetivo del programa en cuanto al ámbito educativo, dando cuenta que las altas expectativas e importancia conferida a la trayectoria educacional no se condice con las actividades de intervención ni roles de los profesionales presentes en el diseño.
- Se evalúa que el enfoque de género en el modelo resulta insuficiente para responder a las necesidades de las mujeres. Lo anterior, dado que principalmente se enfoca en la develación y cuestionamiento de prejuicios y estereotipos que puedan existir en los equipos técnicos, adolescentes y su familia, pero no incorpora cambios estructurales en la intervención como lo pueden ser la definición del perfil de profesional, conformación de los equipos, actividades y focos de intervención aterrizadas a las necesidades y particularidades de la población femenina que vive en residencias en nuestro país¹.
- Se considera que el diseño del programa no puede comprenderse sin la transición a la vida adulta de los adolescentes de la residencia, lo cual implica no sólo incorporar etapas o actividades para abordar esta temática en el diseño del Modelo Técnico, sino también repensar todas las intervenciones y planes de intervención en miras de lo anterior, trabajando la autonomía y construcción de un proyecto de vida desde el ingreso a la residencia en la implementación.

Evaluación de procesos

- Las innovaciones del Piloto contribuyen a la mejora significativa de la experiencia de cuidado de los jóvenes, de manera evidente lo es la habilitación del espacio físico como entorno familiar asequible para todos los que habitan la casa, la individualización de dormitorios que contribuye al sentido de pertenencia e identidad, la reducción del número de jóvenes que viven en el espacio. Esta decisión de transitar a residencias familiares fue replicada en por el SENAME en lo que respecta a sus administraciones directas.
- El giro epistémico hacia un cuidado terapéutico 24/7 de base relacional permite ofrecer un mejor cuidado que responda a las necesidades de protección y reparación de los jóvenes en su día a día, sin que esto deba reducirse a un momento terapéutico específico en el setting de un box. El giro de este tipo en relación al cuidado requiere que la implementación considere tiempos de transición por parte de los usuarios (en este caso los adolescentes) para ajustarse a esta nueva forma de relacionarse y cambio en el trato con los profesionales.
- Las decisiones de profesionalizar el cuidado mejoran las intervenciones ajustadas a un modelo de intervención, ya que permite que las acciones cotidianas sean intencionadas bajo un nuevo paradigma. No obstante, es necesario revisar el tipo de competencias específicas que estos cargos

¹ Al momento, el equipo del Hogar de Cristo se encuentra en proceso de elaboración de un publicable llamado “Ser niña en el sistema residencial en Chile: Una mirada interseccional desde la perspectiva de género, pobreza y desigualdad” que busca dar respuesta a la deficiente incorporación del enfoque de género en el sistema residencial chileno, retratando parte de los aprendizajes producto de la intervención con la residencia de Anita Cruchaga.

requieren, ya que se deriva de la evaluación que más que una profesión específica, principalmente para el caso de tutores, se requieren habilidades blandas y afectividad consciente.

- Las funciones de apoyo legal y supervisión técnica, externalizadas, cumplieron un rol fundamental al comienzo del proyecto en los términos definidos por el Modelo, sin embargo, las tareas de apoyo que cumplen deben ajustarse a las necesidades organizacionales que son dinámicas, propias de un sistema que atiende trayectorias vitales que evolucionan. El Programa Mi abogado replicó las funciones que fueron asignadas en el Modelo al abogado, con la mejora de asegurar independencia en su defensa de los NNA.
- El trabajo con familias es particularmente bien valorado por las familias y terceros significativos, quienes reconocen un avance en relaciones colaborativas y de participación.
- Es fundamental atender el desgaste de los equipos y avanzar en entregar participación a los profesionales en el qué y cómo debe proveerse el cuidado de equipos residenciales.
- La dimensión organizacional debe incluirse en la definición del Modelo, respecto al tipo de estructura organizacional, interna a la residencia y de apoyo de la institución central. Además, deben establecerse ciertas condiciones de trabajo de colaboración interorganizacional, para proveer servicios oportunos que no dependen de la residencia, pero que son claves para la protección de los jóvenes.

Evaluación de resultados

- Se presentan resultados para las tres olas en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres sólo se presentan resultados para las dos primeras olas del estudio. Esta decisión se tomó dada las contingencias vividas por la residencia piloto femenina de Anita Cruchaga, la cual dejó de implementarse en octubre de 2019 tras un incendio que afectó las dependencias.
- Los resultados de la ola 3 para hombres no muestran una ventaja del grupo de tratamiento ni del grupo de control. No hay variables que tengan diferencias significativas y cada grupo tiene ventaja en aproximadamente la mitad de los resultados a nivel descriptivo. Cabe destacar que el número de casos con el que se trabajó es bajo ($n=48$) y puede explicar la pérdida de significancia estadística.
- En cuanto al bienestar subjetivo de los adolescentes el grupo de control se encontró sobre el grupo de tratamiento en el caso de los hombres. Aun así, el grupo de tratamiento masculino mostró mejoras en varios de los indicadores de esta dimensión, mientras que el grupo de control mantuvo o mostró mejoras menos marcadas.
- Se puede apreciar un patrón de una mayor insatisfacción del grupo de tratamiento respecto al grupo de control, tanto en términos de su propia imagen como de su relación con el equipo de la residencia.
- En cuanto a la inclusión social de los adolescentes en general el grupo de tratamiento mostró peores resultados a nivel descriptivo. Destaca que en el caso de las habilidades para la vida adulta el grupo de tratamiento exhibe mejores resultados, no obstante, estos mejores resultados no son atribuidos por parte de los adolescentes al trabajo realizado por la residencia.
- Respecto a la salud mental destaca que existió una importante disminución en sintomatología depresiva para las mujeres del grupo de tratamiento entre línea de base y la segunda ola. Además, se puede apreciar un patrón de un menor nivel de uso de drogas en el grupo de tratamiento masculino respecto al grupo de control.

- En cuanto al ámbito de vinculación familiar y redes de apoyo de los y las niñas, niños, y adolescentes, los resultados descriptivos no son concluyentes, ya que no se observan diferencias importantes entre los grupos de tratamiento y control estudiados.
- Respecto a los logros educacionales, se observan resultados diferentes según género. Mientras en la población masculina estudiada no se observan mayores diferencias entre los grupos, en el caso de las mujeres los datos descriptivos muestran un peor desempeño de las mujeres del grupo de tratamiento (Anita Cruchaga).
- Respecto al ámbito relacionado con el sistema judicial, los resultados (disponibles sólo para las olas 1 y 2) muestran que el apoyo legal aumentó en el grupo de tratamiento más que en el grupo de control, tanto para la población masculina como la femenina en estudio.

Conclusiones y recomendaciones

En esta sección, nos enfocamos primero en recomendaciones relacionadas a mejorar la implementación del piloto en la residencia Maruri. Segundo, nos enfocamos en recomendaciones orientadas a mejorar el modelo. Tercero revisamos recomendaciones relacionadas con los principales ejes de innovación del modelo para favorecer su replicabilidad. Por último, resumimos las principales recomendaciones relacionadas con la escalabilidad de los pilotos.

El estudio revela varios aspectos que podrían fortalecer la implementación del piloto en Maruri. Primero, fortalecer la gestión organizacional, incluyendo una mejora en la coordinación entre el equipo central y la residencia. Procesos que atañen la residencia, tales como por ejemplo la selección de personal o la presente evaluación, son percibidas como procesos externos, por lo que se recomienda incorporar al menos al director en instancias de evaluación, retroalimentación y toma de decisiones. Asimismo, se sugiere un rediseño del proceso de selección de personal, con criterios de selección en base a competencias específicas (e.g., vinculación, afectividad consciente), e fortalecer la participación del director de programa en dicho proceso. Segundo, fortalecer la gestión interna de la residencia, incluyendo políticas y lineamientos para usuarios que cumplan mayoría de edad, mejorar la planificación, proceso de egreso (definición, acompañamiento, actividades), y acciones para una transición y post-egreso éxitos (e.g., empleabilidad, vivienda, educación, economía, habilidades para la vida). Otras medidas de fortalecimiento de gestión interna incluyen mejorar estrategias de autocuidado del equipo de residencias, integrar el trabajo de la dupla de familia, redefinir y flexibilizar el rol del supervisor externo y del abogado.

Las principales recomendaciones relativas a mejorar el diseño de la intervención, orientado a su fortalecimiento y replicabilidad, incluye también varios aspectos relevantes. Primero, revisar críticamente el perfil de usuarios y usuarias definidos en el modelo técnico. El modelo no parece ajustarse adecuadamente al perfil de algunos usuarios, y parece necesario fortalecer y desarrollar herramientas técnicas para usuarios de mayor complejidad, como fue el caso de Anita Cruchaga, así como también, definir con mayor claridad cuál es el perfil de usuario al que el modelo actual responde de mejor manera, que ajustes se pueden realizar para responder a los requerimientos de ciertos perfiles y por último, también definir con mayor claridad qué tipo de usuarios exceden las posibilidades del presente modelo y requieren otro tipo de residencias o entornos. El modelo debe adaptarse también para un rango mayor de edad, entre 12 y 21 años, con lineamientos y políticas acordes a cada etapa del ciclo. Segundo, incorporar un enfoque de género efectivo. Esto incluye redefinir las necesidades de género, reconocer diferencias en el perfil de usuarios, adaptar políticas y trabajo de los equipos acorde a esto. Tercero, mejorar el proceso de instalación del modelo, incluyendo la reconversión de la residencia de modelo “convencional” cuidando el bienestar de las niñas, niños, y adolescentes, mejorar la vinculación con redes locales, evaluación del lugar de residencia, promover un enfoque de derechos. También mejorar la

selección de los equipos y su puesta en marcha, con capacitaciones, socialización del modelo, marcha blanca. Esto está vinculado al cuarto punto, sobre ajusta perfiles y funciones en el equipo, incluyendo selección basada en competencias y flexibilización de las profesiones, y redefinición del rol y funciones de los supervisores técnicos y del abogado.

Las recomendaciones relacionadas a la innovación para favorecer la escalabilidad de los pilotos están divididas en varios ejes. Primero, fortalecer la adopción del nuevo paradigma, el aspecto más central del modelo. Esto implica definir actividades específicas que permitan traducir el modelo teórico a la práctica, mejorar la definición e incorporación del acompañamiento terapéutico, fortalecer el trabajo cercano con las familias y redes de apoyo de las niñas, niños, y adolescentes. El segundo eje de innovación se refiere a la profesionalización de los equipos. Su fortalecimiento incluye favorecer liderazgos horizontales o democráticos en los miembros del equipo con mayores espacios de participación, y la flexibilización de la definición de los cargos, focalizándose en competencias profesionales. El tercer eje se refiere a robustecer el ambiente familiar en las residencias, por ejemplo, incorporando un manual de convivencia interna que establezca reglas claras, pero sea flexible, renovado continuamente, y que considere un enfoque de género. Cuarto, para favorecer la escalabilidad del modelo, se debe fortalecer el trabajo con las familias y otros significativos, adaptar terapias familiares según el perfil de los usuarios y su entorno, definir indicadores de avance en las intervenciones, e incorporar un enfoque de género. Quinto, la supervisión técnica debe enfatizar el rol del supervisor o supervisora en el cuidado de los equipos, socializar de mejor forma el rol y las funciones del supervisor, y adaptar su rol según la etapa de desarrollo de implementación del proyecto. El sexto eje de innovación propone modificar o adaptar las funciones del abogado, socializar su rol, y también adaptar su rol según la etapa de desarrollo de implementación del proyecto. El séptimo eje de innovación se refiere al cuidado de los equipos, incluyendo la participación de todos los miembros en el diseño y planificación del autocuidado, un aumento en la frecuencia de estas instancias, y es muy importante reconsiderar las jornadas laborales de las duplas de familia y residencia. La recomendación para el último eje de innovación se refiere al acompañamiento post-egreso. Esta parte es clave e incluye varias recomendaciones. Por ejemplo, desarrollar un estudio de transición a la vida independiente, incorporar un plan de apoyo a la transición y egreso, incorporar apoyo económico y socializar acciones y medidas con las niñas, niños, y adolescentes y además con sus familias y terceros significativos.

Por último, las principales recomendaciones para favorecer la escalabilidad del modelo incluyen la importancia de la fidelidad de la implementación al diseño, realizar una evaluación de la sostenibilidad económica de estas intervenciones, revisar cómo se articula el modelo propuesto con el nuevo marco normativo y la nueva institucionalidad de protección de la infancia en Chile. Finalmente, consideramos que es muy importante acompañar la implementación a mayor escala de las residencias con un diseño de evaluación de impacto, que permita evaluar el funcionamiento del modelo de manera rigurosa y con un mayor número de residencias.

1 Introducción

Este documento corresponde al Informe Final del estudio convocado por el Hogar de Cristo (HdC) orientado a realizar una *‘Evaluación de los Pilotos de Residencias de Protección Infanto-Adolescente del Hogar de Cristo’* (en adelante Programa). El estudio fue adjudicado a la Facultad de Ciencias Sociales y a la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), y tiene como objetivo general evaluar el diseño, los procesos y los resultados del nuevo modelo residencial.

La entidad responsable del programa a evaluar es el Hogar de Cristo, institución que funciona como uno de los Organismos Colaboradores del SENAME (OCAS), con varias residencias de protección infanto-juveniles a lo largo de Chile. Este nuevo programa piloto surge como una respuesta a las deficiencias actuales que presenta el Sistema de cuidados alternativos de la infancia en Chile, y también como resultado de un proceso de reflexión institucional interna del Hogar de Cristo que reconoció que el modelo de intervención que estaban implementando en sus residencias era insuficiente y no respondía a las necesidades complejas de la población presente en sus programas.

Así, la institución se propuso diseñar e implementar un modelo innovador de atención residencial para lograr servicios más personalizados y de mayor calidad. Durante el 2015, 2016 y 2017 se dedicaron a la recolección y análisis de la evidencia nacional e internacional, levantando más de 5 mil recomendaciones que fueron sintetizadas en 120 indicaciones en el libro “Del Dicho al Derecho” (Hogar de Cristo, 2017). A partir de ellas, es que se desarrolló el presente modelo técnico de Residencia Terapéutica Especializada.

Para el presente informe, el equipo investigador recolectó y analizó información a partir de la revisión de documentos institucionales de SENAME y del HdC, realizó entrevistas a actores claves para la implementación, así como a familiares y adultos significativos de los niños, niñas y adolescentes. Sumado a esto, se llevó a cabo un levantamiento de información cuantitativa longitudinal durante 2 años desde iniciado el piloto para los y las participantes del programa, así como a otras niñas, niños, y adolescentes en cuidado alternativo de las regiones Metropolitana, Valparaíso, y Coquimbo. Por último, se realizaron encuestas a sus cuidadores principales, y a los directores de las residencias participantes.

Este informe se organiza en torno a seis capítulos. En el primero (I) se presentan los antecedentes de los programas a evaluar y del estudio, y en el segundo (II) se definen los objetivos del estudio. En la tercera parte (III) se realiza un análisis de diseño del programa, y en la cuarta (IV) se introduce un análisis de la implementación y los procesos. En el quinto apartado (V) se presenta la evaluación de los resultados del desempeño del programa. Finalmente, el sexto apartado (VI) sintetiza las recomendaciones.

2 Antecedentes

Las políticas de protección de infancia en América Latina se contextualizan dentro del fenómeno llamado “infantilización de la pobreza”, entendida como la sobre-representación de las niñas, niños, y adolescentes en estratos vulnerables de la sociedad. La tasa de pobreza infantil en América Latina (2012) era cerca del 40,5%, es decir, de los 168 millones de personas afectadas por la pobreza, 70,5 millones serían niños, niñas y adolescentes (Achaval & Aulicino, 2015).

Desde la década de los noventa el cuidado infantil ha pasado a ser un tema central para el Estado, debido a la visión predominante que las políticas sociales permitirían atender efectos adversos de nacer y crecer en pobreza (Staab 2013). Sin embargo, es una de las políticas sociales más cuestionadas en Chile. La pregunta sobre qué hacer con aquellas niñas, niños y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos más esenciales es sólo una de las aristas del problema. Desde la Convención Internacional de los Derechos del niño (UNICEF, 1989) la creación y generación de políticas sociales pasó a manos de los Estados, siendo estos quienes asumen la responsabilidad de velar por los intereses y protección de los derechos de las niñas, niños, y adolescentes (Rodríguez, 2015). La ratificación del gobierno de Chile de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990 significó una transformación en la noción de infancia del estado. El Estado asumiría un compromiso por generar cambios institucionales y políticas sociales que permitan atender los principales desafíos de la infancia y con ello proteger los derechos de la niñez (UNICEF, 2005). La Convención demandó un cambio de paradigma respecto a cómo se entendía la niñez hasta el momento, siendo la visión asistencialista o tutelar la hegemónica (Staab, 2013; Contreras, 2015). Desde un plano conceptual, la introducción de la concepción de niño como sujeto de derechos implicaba un cambio paradigmático que demandaba una renovación en la relación que se establecía entre el Estado, la familia y la infancia (Farías, 2003). Esta nueva doctrina de protección integral se concentra en el resguardo de la infancia entendiendo a los jóvenes como sujetos de derecho, junto a la visión de la familia como grupo fundamental para la sociedad (Ford & Valdebenito, 2012). Es decir, el tránsito desde un estado tutelar, enfocado en carencias, a un estado que vela, promueve, y resguarda los derechos de niñas, niños, y adolescentes, previniendo y reparando las múltiples vulneraciones a sus derechos (Contreras, et al. 2003, Raczynski 2006).

A pesar de que la institucionalización de los jóvenes debiese ser un recurso extremo, en la práctica esto no es siempre así. La internación generalmente ocurre cuando la familia no es capaz de dar respuesta adecuada a las demandas emocionales, valóricas, y sociales de niñas, niños, y adolescentes, pasando a ser considerada como familia problemática o multi-problemática. En estos casos es posible que se genere una disfunción que tenga como resolución final la incorporación de estos jóvenes en la red del Servicio Nacional de Menores (Rodríguez, 2015)(SENAME, 2015). Este fenómeno tiene un importante componente socioeconómico, puesto que la mayoría de estas familias están en una situación significativa de vulnerabilidad social, lo que haría más propensa a la vulneración de los derechos de los niños (Rodríguez, 2015). Los programas de intervención en familias del SENAME no apuntan a un sector socioeconómico específico; sin embargo, en la práctica la mayoría de las familias atendidas viven en situación objetiva de pobreza, sin garantías de salud, seguridad y educación de los niños (Ford & Valdebenito, 2012).

Idealmente se espera que un niño o una niña crezca dentro de una familia, y al estado le corresponderá apoyar a las familias para que puedan cumplir sus labores de cuidado, estimulación, y crianza (UNICEF, 2005; UNICEF, 2007). Sin embargo, las políticas que fortalecen estos factores protectores familiares han sido débilmente desarrolladas (Staab, 2013; UNICEF, 2007). La familia se constituye como un espacio vital de acceso y desarrollo de redes sociales y afectivas, que promueve la inserción del individuo en una cultura específica y la construcción de su identidad personal (Valencia & Vergara, 2001). Al crecer privados de una

familia como agente socializador, los jóvenes institucionalizados pueden ver su desarrollo negativamente afectado en varias dimensiones (Droguett & Fernández, 2016). Pueden experimentar condiciones habitacionales inadecuadas, aislamiento social, un trato despersonalizado, desafección, y abuso sexual (Carcelén & Martínez, 2008). Estas experiencias potencialmente afectan el desarrollo cognitivo, moral, y afectivo de los jóvenes. Así, quienes egresan de instituciones residenciales tienden a presentar baja autoestima, altos niveles de fracaso escolar, y un desempeño laboral deficiente (Stein, 2008; Incarnato, 2010; Carme & Casas, 2010). Asimismo, la evidencia muestra que mantener vidas inestables genera consecuencias negativas a largo plazo en ámbitos como la educación, trabajo y bienestar en adolescentes con cuidado alternativo (Cassarino, Crous, Goemans, Montserrat & Castella, 2018).

Existe un consenso respecto a las dificultades que tienen las niñas, niños, y adolescentes en cuidado alternativo al transitar hacia la adultez. Experimentan altas tasas de deserción escolar, desempleo, pobreza, mono-parentalidad, enfermedades de salud mental, inestabilidad residencial y victimización (Courtney & Hughes en Osgood, 2005). Además, poseen una menor cantidad de redes de apoyo familiares y sufren de una escasa oferta programática de servicios sociales (Courtney & Hughes en Osgood, 2005). Considerando la multiplicidad de problemas sufridos al interior de algunas familias, se entiende que la existencia de un sistema de protección de infancia se justifica en que la separación de las niñas, niños, y adolescentes de sus familias puede ser beneficiosa. Sin embargo, también se libera a las familias de las responsabilidades asociadas a la crianza de un adolescente incluyendo la preparación para la vida interdependiente (Courtney & Hughes en Osgood, 2005).

2.1 Sistema de Residencias infanto-adolescentes en Chile

El SENAME depende directamente del Ministerio de Justicia y los Derechos Humanos, y desarrolla su línea de cuidados alternativos por medio de Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), el nuevo modelo de Residencia Familiar para la Adolescencia (RFA) e indirectamente a través de una red de Organismos Colaboradores Acreditados (OCAS), que actúan según lineamientos definidos por el Servicio. Cabe destacar que un 19% de los niñas, niños, y adolescentes vive en las residencias administradas por el Estado, mientras que la mayoría de ellos (un 81%) vive en residencias administradas por OCAS (SENAME, 2020).

De acuerdo al registro histórico de SENAME (2016) en el año 2011 eran 15.309 los niñas, niños, y adolescentes que se atendían en la línea de cuidados alternativos a nivel nacional, lo que disminuyó a 9.356 niñas, niños, y adolescentes en el año 2019 (-39%) (SENAME, 2020) como reflejo de una política que en los últimos años ha buscado fortalecer la respuesta de protección anterior a la institucionalización. En cuanto a las características de las residencias, destaca que no hay un estándar de calidad en la atención. Por ejemplo, el tamaño de las residencias varía considerablemente: desde residencias con capacidad máxima de 10 personas hasta otras con 226 cupos, siendo las residencias administradas directamente por el Servicio las más grandes. El Servicio cuenta actualmente con 18 tipos de residencias, que cambian dependiendo del perfil del beneficiario, tratando de adecuarse según su edad y nivel de especialización necesario (grado de complejidad del caso).

Desde 2018 se ha llevado a cabo un proceso de reformulación en SENAME que incluye la incorporación de dos nuevos modelos de residencias: Residencias familiares (RFA) y residencias de alta especialidad (RAE). Uno de los ejes principales ha sido la creación de residencias familiares, que buscan reemplazar los once Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD). El objetivo es que los niños vivan en grupos más pequeños y segmentados por edad: infancia (0-8 años), adolescencia temprana (9-13 años), y adolescencia (14-18 años). El año 2018 se dio inicio a la reconversión del Cread de Playa Ancha a cuatro residencias familiares en la Quinta Región, y el proceso le siguió con la inauguración de

más casas familiares a lo largo del país, contando a la fecha con un total de al menos 16 residencias a lo largo del país: cinco residencias en la Región Metropolitana, cinco en la región de Valparaíso, dos en la región de Arica y Parinacota, una en la región de Aysén y por último una en la región de Magallanes. Para el año 2021 se espera inaugurar nuevas residencias en las región metropolitana, del Maule, Bío-Bío y la Araucanía (SENAME, 10 de diciembre 2020)

Aun cuando las residencias son concebidas como un espacio de transición, cuyo objetivo es proveer un ambiente seguro, reparar posibles daños emocionales, y lograr una reinserción comunitaria, buscando activamente la revinculación de las niñas, niños, y adolescentes con su familia de origen (Ford & Valdebenito, 2012), la evidencia en Chile muestra que esto generalmente no ocurre. Las residencias no logran revincular a las niñas, niños, y adolescentes dentro de los plazos establecidos, es decir, no logran un egreso exitoso y los tiempos de permanencias son altos (Centro UC de Políticas Públicas, 2016). Se estima que un 22% de las niñas, niños, y adolescentes están institucionalizados entre 13 y 24 meses, un 20% más de 29 meses, y un 18% entre 25 y 48 meses (Observa, 2014), presentándose como objetivo último la reunificación.

En cuanto al desempeño y resultados de la política de cuidados alternativos a nivel nacional, el SENAME supervisa el cumplimiento y la ejecución de los programas que ofrece. Esta supervisión busca: (i) verificar el cumplimiento de objetivos, (ii) el logro de los resultados esperados especificados en los convenios, (iii) la calidad de atención, y (iv) los criterios empleados por el colaborador acreditado para decidir el ingreso y el egreso de niñas, niños, y adolescentes. No obstante, no existen a la fecha evaluaciones de impacto que muestren si son o no efectivas las intervenciones desplegadas (Centro UC de Políticas Públicas, 2016)

Así, el modelo residencial tradicional en Chile muestra una serie de limitaciones, incluyendo: (i) no promueve el trabajo con las familias, (ii) existe baja capacitación del personal de trabajo y alta rotación, (iii) tiene infraestructura inadecuada, limitada seguridad e higiene de las residencias, (iv) posee sistemas inadecuados de seguimiento y evaluación de los jóvenes que garanticen la calidad de la intervención, (v) existe duplicidad de las intervenciones (INDH, 2016).

2.1.1 Diagnóstico del funcionamiento de la red de residencias

Educación

Aproximadamente un 7,8% de las niñas, niños, y adolescentes no asiste al colegio, existiendo incluso analfabetos y 1.418 presenta retraso escolar (Observa, 2014). La Auditoría Social realizada el 2018 (SENAME, 2018) dio cuenta que 1.187 niños, niñas y adolescentes no se encontraban matriculados durante este año. En el caso de los CREAD, corresponde a un 34,4 % de los niños, niñas y adolescentes. Muchos presentan **retraso y deserción escolar** que puede explicarse en parte por las reiteradas vulneraciones que han sufrido al interior de su familia y la ausencia de adultos dispuestos a apoyarlos en su reinserción escolar y en el logro de aprendizajes. Incluso hay situaciones en que los adultos retiran al niño del establecimiento escolar.

Salud Mental

De acuerdo a la Auditoría Social (SENAME, 2018) un 55% de las niñas, niños, y adolescentes presenta algún problema de salud mental con diagnóstico asociado y un 58% recibe algún tipo de tratamiento farmacológico. Esto requiere procedimientos de seguimiento, control y supervisión. Diversas fuentes dan cuenta de un incremento de crisis y agitación psicomotora en población adolescente atendida por el sistema de protección infanto-adolescente y que requiere de personal especializado (SENAME, 2018). Al crecer privados de una familia, las niñas, niños, y adolescentes institucionalizados pueden ver su

desarrollo cognitivo, moral, y afectivo negativamente afectado (Droguett & Fernández, 2016). Pueden experimentar condiciones habitacionales inadecuadas, aislamiento social, un trato despersonalizado, desafección, y abuso sexual (Carcelén & Martínez, 2008). Las niñas, niños, y adolescentes que egresan de instituciones residenciales tienden a presentar baja autoestima, altos niveles de fracaso escolar, y un desempeño laboral deficiente (Stein, 2008; Incarnato, 2010; Carme & Casas, 2010).

Egreso y reinserción

En Chile, las Residencias y Familias de Acogida no logran revincular a las niñas, niños, y adolescentes dentro de los plazos esperados. No logran un egreso exitoso de las residencias, y sus tiempos de permanencia son altos. La **reinserción** de los jóvenes a sus familias nucleares y/o extensas y a la comunidad es un objetivo esencial de las residencias de protección. Según datos del SENAME (2015), el 82% vuelve a sus familias de origen, el 11% es derivado a otros programas del SENAME y aproximadamente el 2% es entregado a familias sustitutas o adoptivas. Sin embargo, el estereotipo prevalente en la comunidad caracteriza a las niñas, niños, y adolescentes institucionalizados como delincuentes, peligrosos y drogadictos (UNICEF, 2002). Este estereotipo dificulta su reinserción y afecta su autoestima, consolidándose su permanencia en las instituciones. Si bien no existe un seguimiento sistemático a las niñas, niños, y adolescentes egresados, un estudio indica que a los 12 meses después de abandonar el programa, un 8% había ingresado al sistema de justicia juvenil (Álvarez, 2014).

Infraestructura

Si bien existe una amplia variedad de residencias, el Informe del Comité de Derechos del niño de Naciones Unidas (2018) da cuenta de un estado precario generalizado en términos de infraestructura. La mayoría de las residencias se encontrarían en mal estado e insuficientemente equipadas, dando pie a malas condiciones de seguridad y de higiene y limpieza. Esto se evidencia en muebles en mal estado, cocinas deficientes, vidrios quebrados, extintores inexistentes o vencidos, falta de zonas de seguridad y vías de escape, entre otros. Sumado a lo anterior, existe también una sobrepoblación de niños, niñas y jóvenes en los centros. A finales del 2017, en 5 de los 11 CREAD había una sobrepoblación de un 60%, 46%, 35%, 33% y 24% respectivamente (ONU, 2018).

Recursos Humanos

El trabajo profesional en el sistema de protección resulta desgastante, considerando las características de la población objetivo. El informe de la ONU (2018) muestra que el sistema provee de insuficientes profesionales especializados para responder a las necesidades de atención, protección y cuidado de una población con relevantes historiales de abuso y violencia. Las instancias de autocuidado del personal son reducidas o inexistentes. También existe una dificultad en la coordinación entre los equipos de trabajo y muchas veces un débil liderazgo en la gestión integral de los directores (SENAME, 2018).

Planes de Intervención de Calidad

El desgaste de los equipos de trabajo en las residencias repercute en la calidad de los servicios entregados. El equipo profesional muchas veces no tiene suficiente continuidad y no se encuentran debidamente preparados para implementar intervenciones adecuadas. Resulta preocupante que menos del 50% de las niñas, niños, y adolescentes que egresan han cumplido con los objetivos del plan de intervención (SENAME 2015). De acuerdo con la Auditoría Social (SENAME, 2018), la rutina diaria no es ejecutada según los planes de la residencia, dando pie a un precario monitoreo de lo que sucede día a día en las residencias. La intervención y el cuidado entregado no son adecuados para las necesidades de las niñas, niños y adolescentes en el sistema.

Intervención con la familia

La institucionalización de jóvenes en Chile ha sido seriamente cuestionada en la medida que no visibiliza a la familia de las niñas, niños, y adolescentes en la intervención, posee sistemas inadecuados de seguimiento y evaluación de los jóvenes, insuficiente capacitación de los funcionarios, duplicidad de las intervenciones, entre otras características (INDH, 2016). Generalmente, los centros residenciales o familias de acogida no logran la revinculación de los jóvenes en la sociedad, y tampoco existen incentivos a estas instituciones para motivar o promover activamente el trabajo con las familias o la inversión de recursos en programas sociales (Centro de Políticas Públicas UC, 2016). La Auditoría Social (SENAME, 2018) de cuenta que el trabajo de intervención con familias o adultos relacionados es bajo.

Coordinación intersectorial

Parte de los resultados de la Auditoría Social (SENAME, 2018) revelan que no existe información adecuada sobre el estado de salud de niñas, niños, y adolescentes, ni otra información relevante para una toma de decisiones informada y un plan de intervención pertinente. Las prestaciones para las niñas, niños, y adolescentes en el sistema de protección son abordadas de manera fragmentada, lo que obstaculiza la coordinación desde los distintos actores, obteniendo resultados insuficientes e incluso incongruentes (Contreras, Rojas, Contreras, 2015). Parte de las razones dicen relación con la inexistencia de planes y leyes que resulten integradores, mientras que también influye la escasa coordinación efectiva entre organismos y las diferencias en las perspectivas que tiene cada sector en particular. Por ejemplo, de acuerdo al informe de la ONU (2018) el Ministerio de Educación muchas veces funciona como obstaculizador en las trayectorias educativas de las niñas, niños, y adolescentes, al no permitir la flexibilidad de una atención especializada y las adaptaciones curriculares que potencialmente requerirían.

2.2 Descripción del programa

El Programa Piloto de Residencias de Protección Infanto-Adolescente ha sido diseñado e implementado por el Hogar De Cristo, institución que funciona como uno de los Organismos Colaboradores del SENAME, con varias residencias de protección infanto-juveniles a lo largo de Chile. El programa surge como una respuesta a las deficiencias que presenta el Sistema de cuidados alternativos de la infancia en Chile y como resultado de un proceso de reflexión institucional interna del Hogar de Cristo. El modelo de intervención que estaban implementando en sus residencias era insuficiente y no respondía a las necesidades complejas de la población acogida por sus programas.

Así, la institución se propuso diseñar e implementar un modelo innovador de atención residencial para lograr servicios más personalizados y de mayor calidad. Durante el 2015, 2016 y 2017 se dedicaron a la recolección y análisis de la evidencia nacional e internacional, levantando más de 5 mil recomendaciones que fueron sintetizadas en 120 indicaciones en el libro “Del Dicho al Derecho” (Hogar de Cristo, 2017). A partir de ellas, es que se desarrolló el presente modelo técnico de Residencia Terapéutica Especializada.

2.3 Objetivos del programa

- Objetivo general: La residencia terapéutica especializada busca mejorar la calidad de vida e incluir socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos con necesidades múltiples y complejas a través de un tratamiento combinado multidimensional.
- Objetivos específicos:
 - ✓ Mejorar el bienestar subjetivo de los jóvenes.
 - ✓ Promover, proteger y reestablecer su salud mental.

- ✓ Incrementar sus logros educacionales.
- ✓ Aumentar su inclusión social.
- ✓ Favorecer la vinculación familiar (mantención de vínculo y/o reunificación familiar).
- ✓ Eliminar o reducir el riesgo de desprotección de los adolescentes.
- ✓ Acompañar a los egresados en su transición a la vida adulta.

2.3.1 Servicios e innovaciones

El modelo contempla un servicio multidimensional diseñado para proveer atención de salud, educación, socialización, soporte y protección a jóvenes con necesidades de salud mental y problemas de comportamiento, en alianza con sus familias y en colaboración con la comunidad. Dentro de las principales innovaciones del modelo destacan: (i) el cambio de paradigma -desde un modelo de cuidado asistencial a un acompañamiento terapéutico. (ii) Profesionalización de los equipos". (iii) Ambiente familiar lo más parecido a una casa. (iv) Desarrollo de un trabajo intensivo con la familia. (v) Proveer acompañamiento y supervisión técnica a los equipos. (vi) Proveer apoyo legal. (vii) Contemplar el cuidado y fortalecimiento de los equipos. (viii) Contemplar el acompañamiento de los usuarios posterior a su egreso de la residencia.

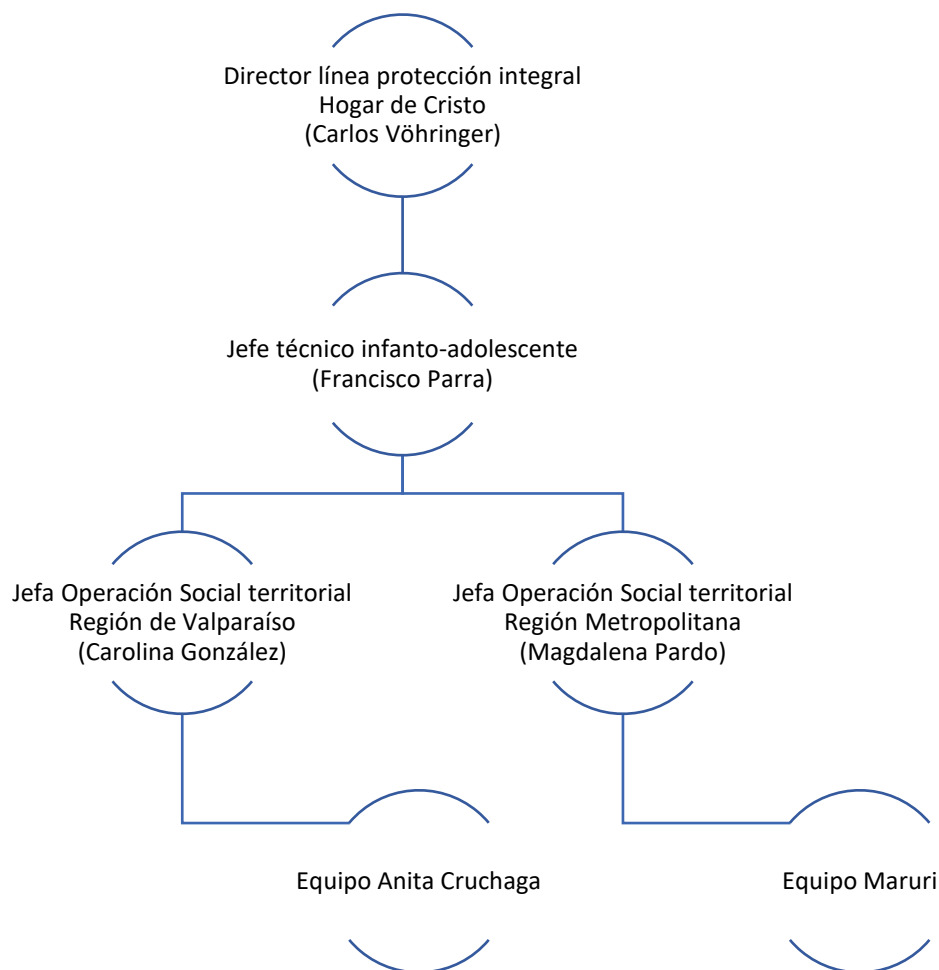
2.3.2 Perfil de usuarios y usuarias

El perfil de los usuarios y usuarias son jóvenes entre los 12 y 21 años de edad que han sido vulnerados gravemente en sus derechos, por lo que han debido ser separados de sus familias por una medida de protección dictada por el Tribunal de Familia. Estos jóvenes tienen necesidades múltiples, y puede presentar dificultades emocionales y de comportamiento complejas. Muchos han experimentado largos tiempos de permanencia en el sistema de protección y han sufrido múltiples derivaciones en distintos programas residenciales y ambulatorios.

2.3.3 Engranaje institucional

Otro elemento contextual es la estructura administrativa y de gestión institucional en la que se insertan los Pilotos. En el caso del Hogar de Cristo, esta estructura es compleja y ha permitido apoyar y monitorear la experiencia de los Pilotos. La figura a continuación resume el personal involucrado en la gestión de ambas experiencias.

Ilustración 1: Engranaje institucional



Fuente: Elaboración propia

Esta estructura organizacional no estuvo operativa desde el comienzo de la implementación de los Pilotos, sino que adquirió la forma expuesta a 5 meses iniciada la implementación. El cambio de organización buscó tanto descentralizar la gestión incluyendo el cargo de jefes de operación territoriales por Región, a la vez que separar los roles de apoyo administrativo (radicado en los jefes de operación) de los técnicos (jefe técnico). Si bien ambas jefas de operaciones han apoyado técnicamente a los equipos, velando por el cumplimiento de los objetivos del área técnica, su rol central es apoyar los procesos administrativos y financieros. Esto ha implicado que ambas experiencias piloto hayan podido desentenderse de varios temas relativos a la gestión, además de estar apoyado de estas otras figuras que complementan la labor del supervisor externo.

2.3.4 Dotación de personal

Cada residencia cuenta con una dotación de 19 personas, considerando al Director/a, Supervisor/a técnico, Abogado/a, Tutores/as, dupla psicosocial de residencia y de familia, técnicos de día y noche, manipuladores/as de alimentos y personal de aseo. Asimismo, cada residencia cuenta con un presupuesto

para atención psicológica y psiquiátrica, las cuales son prestadas por un profesional externo a la residencia.

2.3.5 Dos residencias: Maruri y Anita Cruchaga

El modelo fue implementado en dos residencias Piloto, una en la Región Metropolitana (Residencia Maruri) y la otra en la Región de Valparaíso (Residencia Anita Cruchaga), comenzando en mayo de 2018. Maruri es una residencia para hombres y Anita Cruchaga para mujeres. La implementación del modelo implicó la transformación de dos residencias convencionales, que antes eran ejecutadas por la Fundación Hogar de Cristo. La residencia Maruri estaba originalmente en Independencia y se cambia a Providencia para la implementación del modelo. Anita Cruchaga se mueve desde Quilpué a Viña del Mar. La Residencia Anita Cruchaga no está operativa actualmente, debido a un incendio en las instalaciones en octubre 2019 que obligó a terminar con este piloto². Por esta razón, solo excluimos los resultados de 2020 para esta residencia en el texto principal (los mostramos en el apéndice), aunque los aprendizajes de la residencia están incluidos en las conclusiones del informe.

² Cabe destacar que las adolescentes fueron trasladadas a otros programas, mientras que otras egresaron con sus familias o terceros.

3 Objetivos del estudio

3.1 Objetivo principal

Evaluar la implementación de un programa piloto en dos residencias de protección de niñas, niños, y adolescentes en términos de diseño, procesos, resultados, e impacto de la intervención, según el modelo técnico planteado por el Hogar de Cristo. Se busca identificar si los jóvenes residentes mejoraron su calidad de vida e inclusión social, e identificar los factores principales del programa piloto que generaron dichos cambios. El análisis del piloto incluirá, por lo tanto, diseño, procesos e implementación, y resultado de las intervenciones, incluyendo resultados finales e intermedios.

3.2 Objetivos específicos

- i. Evaluar el diseño del programa, dando cuenta del problema que lo fundamentó, sus componentes, actividades e indicadores, de manera de mostrar el vínculo causal entre su diseño y el problema público al que intenta contribuir.
- ii. Evaluar la coherencia y consistencia de los programas, haciendo una descripción de sus beneficiarios y el equipo de trabajo.
- iii. Documentar los procesos, la fidelidad de la implementación y los desafíos que supone el Piloto.
- iv. Evaluar el programa piloto de residencias de protección en términos de procesos, resultados, e impacto de la intervención psicosocial, incluyendo las siguientes dimensiones:
 - Bienestar subjetivo de los jóvenes;
 - Salud mental de los jóvenes;
 - Logros educacionales en los jóvenes;
 - Inclusión social de los jóvenes;
 - Vinculación familiar de los jóvenes;
 - Riesgo de desprotección de los jóvenes en relación con el sistema judicial;
 - Percepción (confianza, credibilidad) entre actores relacionados: sistema judicial, SENAME, sistema de salud, entre otros.
- v. Evaluar y analizar las innovaciones incluidas en el programa piloto en las siguientes dimensiones:
 - Cambio de paradigma.
 - Reducción de tamaño.
 - Profesionalización del cuidado.
 - Representación legal.
 - Acompañamiento terapéutico.
 - Seguimiento a los egresados.
 - Trabajo intensivo con la familia.
 - Supervisión permanente.
 - Apoyo Jurídico.

- vi. Emitir juicios y realizar análisis que sean complementarios a los resultados obtenidos a través del levantamiento de información en terreno.
- vii. Proponer, desarrollar y aplicar metodologías de evaluación acorde a las características del programa, cuantitativas y/o cualitativas, según corresponda, que permitan determinar si el Piloto ha logrado los resultados esperados, así como cualquier externalidad o efecto adicional asociado a la ejecución del programa.
- viii. Realizar de manera independiente y objetiva el levantamiento, procesamiento y análisis de información cuantitativa y cualitativa que permita conocer los resultados del programa. Esto implica el levantamiento de una línea de base, donde se espera obtener información de beneficiarios del Piloto, de jóvenes residentes en otras residencias administradas por el Hogar de Cristo, así como también por otras OCAS y/o administradas directamente por el SENAME (un grupo de tratamiento y un grupo de control).
- ix. Entregar conclusiones precisas, identificando claramente las debilidades e insuficiencias en términos de resultados del Programa Piloto y realizar recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de éstos, esto tanto a nivel de productos como en la evaluación de procesos.

4 Evaluación de diseño

Esta sección resume los resultados de la evaluación de diseño del *Modelo Técnico de Residencias terapéuticas especializadas para jóvenes*, desarrollado por el Hogar de Cristo. La evaluación de diseño sistematiza la información disponible sobre el programa, para describir y evaluar la lógica de la intervención entregada a inicios del proyecto, y que fue elaborado a través del Modelo Técnico. En dicha instancia se evaluó la coherencia del diseño junto a la solidez de sus fundamentos (ILPES, 2004). Para ello se utilizaron varias herramientas de análisis, que finalmente permiten alimentar la **Matriz de Marco Lógico** y los instrumentos actualizados están incluidos en el apéndice.³ Se plantean también cambios realizados en el diseño e implementación del programa.

El capítulo 4 está organizado de la siguiente manera. Primero, resumimos las recomendaciones de la Evaluación de Diseño de julio 2018. Segundo, presentamos los cambios identificados en la evaluación de procesos relaciones al diseño del programa. Tercero, presentamos cambios que se busca implementar en la Actualización del Modelo Técnico 2021. Por último, analizamos la coherencia de las recomendaciones, ajustes realizados y proyectados. La Tabla 1 resume este análisis.

³ Análisis de Involucrados, Árbol de Problemas, Árbol de Objetivos y Matriz de Marco Lógico.

Tabla 1: Resumen de las recomendaciones realizadas (2018) y la actualización del Modelo Técnico (2021)

	Recomendaciones 2018	Cambios implementados	Actualización al Modelo Técnico 2021
Recomendación que guarda relación con actualización del Modelo Técnico	Definición ambigua de lo que es un egreso exitoso		Evaluación del proceso de acompañamiento y transición a la vida adulta Metodología de co-desarrollo de los planes post egreso
	Revisión de las estrategias planteadas para poner en práctica un modelo terapéutico		Plan estratégico para incorporar enfoques teóricos
	Evaluar instancia de supervisión clínica para favorecer una apropiación del enfoque terapéutico	Cambios en el rol y definición del supervisor	Ajustar perfiles de cargo del supervisor externo: flexibilidad
	Poca definición de roles del equipo profesional		Ajustar perfiles de cargo del equipo: Inclusión de otras variables en la selección de personal.
	Mayor definición del trabajo con familia en el desarrollo de competencias parentales	Definición más clara del trabajo a realizar por la dupla de familia	Lineamientos e indicadores más claros para el trabajo con la familia
Recomendación sin cambios visibles en el Modelo Técnico	Especificar cuándo se trata de una recomendación y cuándo se trata de una medida		
	Revisión de los objetivos planteados para educación		
	Proyecciones poco claras de modelos de evaluación a largo plazo		
	Carencia de profesionales de la educación		
	Poca claridad sobre hábitos de vida sana		
Otras actualizaciones del Modelo Técnico			Plan de co-construcción de límites y reglas de convivencia
			Protocolo de Articulación con Redes
			Acompañamiento técnico semanal de equipo de apoyo del HC
		Reestructuración del rol del abogado	Definición del perfil de cargo del abogado
			Reelaboración del plan de Cuidado de equipo
			Incorporación de enfoque de género

4.1 Recomendaciones evaluación de diseño 2018

En esta sección presentamos un resumen de las recomendaciones al *Modelo Técnico de Residencias terapéuticas especializadas para jóvenes*.

Reformulación de los objetivos específicos del programa

Si bien los objetivos planteados apuntan hacia dónde busca ir el Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas Especializadas para Jóvenes, **constituyen más bien una lista de indicadores y no objetivos específicos del programa**. Se sugirió la reformulación de los objetivos para que estuviesen más ligados a las actividades y procesos. Así los indicadores de logro reflejan cambios.

Mayor especificidad en las actividades

El *Modelo Técnico de Residencias terapéuticas especializadas para jóvenes* plantea un flujo en el proceso de acompañamiento y proceso de intervención (*Capítulo 5*), como se muestra en la Figura 1.

Figura 1: Flujo en el proceso de acompañamiento e intervención, modelo técnico de intervención



El proceso de acompañamiento e intervención descrito en el *Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas Especializadas para Jóvenes* incluye distintas evaluaciones a través del tiempo. Sin embargo, **el modelo no muestra con claridad qué actividades se realizan para cada acción**, especialmente para el acompañamiento durante la estadía en la residencia. Esto dificulta la definición de estrategias y componentes del programa.

Especificar cuándo se trata de una recomendación y cuándo se trata de una medida

El *Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas Especializadas para Jóvenes* hace una revisión documental rica y extensa. Esta sistematización da cuenta de la evidencia nacional e internacional sobre qué intervenciones son más efectivas respecto a las residencias de protección infanto-juvenil. Sin embargo, el documento no siempre queda claro si la evidencia encontrada y su sistematización es sólo orientadora o forma parte concreta del modelo residencial propuesto. Un ejemplo de ello se puede ver en el Capítulo 7, donde se detallan servicios que un modelo residencial debe incluir en base al modelo Light House Project (Barton et al., 2012). En ese apartado **no queda claro si los servicios son incorporados o no, y de qué manera el modelo técnico propuesto por el Hogar de Cristo se apropia de la evidencia**. Aspectos que plantea el modelo Light House como las rutinas y límites quedan más claro en cómo se lleva a la práctica a través del *Anexo Rutinas y reglas de la casa*, pero otros aspectos como las actividades con la comunidad local, un ambiente que fomente el aprendizaje y la relación que estos tienen con la comida no se evidencia de manera tan clara.

Proyecciones poco claras de modelos de evaluación a largo plazo

El modelo de evaluación desarrollado por la Universidad Católica incluye los indicadores relevantes del *Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas Especializadas para Jóvenes*. Sin embargo, existe poca claridad respecto a la sustentabilidad de un modelo de evaluación a largo plazo, en ausencia de una

entidad evaluadora externa. Existen varios medios de verificación, siendo el Cuaderno de Vida una de las principales herramientas que permiten obtener información relevante sobre el cambio del adolescente. Sin embargo, se recomendó **explorar de qué manera es posible seguir midiendo el impacto del programa en los adolescentes**. Esto puede ser, por un lado, a partir de información ya existente en los registros de la residencia u otras organizaciones (ej. Colegios, centros médicos, etc.). Por el otro lado, se puede considerar el uso o la construcción de instrumentos que sean atingentes.

Definición ambigua de lo que es un egreso exitoso

El *Modelo Técnico de Residencias Terapéuticas Especializadas para Jóvenes* define con relativa claridad cuáles son los requisitos de egreso (pág. 99), los cuales incluyen el alcance de los objetivos planteados en el Plan de Acompañamiento, habiendo desarrollado recursos y fortalezas que promuevan la reunificación o el paso hacia la vida interdependiente. Se considera relevante plantear una **mayor definición de qué es un egreso exitoso**, es decir, cómo el equipo de la residencia puede afirmar que un adolescente y su familia/adulto significativo cuentan con las habilidades y recursos para un egreso exitoso, o bien, cuando un adolescente se considera con las habilidades y recursos para el paso hacia la vida interdependiente. Plantear una mayor definición de “que es un egreso exitoso” permitiría orientar de manera más concreta el trabajo hacia el egreso, lo cual en el Modelo Técnico se evalúa como aún muy ambiguo.

Revisión de los objetivos planteados para educación

Los objetivos que se plantean en educación son algo discordantes: asistencia escolar, aumentar desempeño y posibilidad de incorporación a la educación superior. Estos tres indicadores no están necesariamente relacionados. ¿Cómo se pasa de una asistencia a un buen desempeño? ¿Cómo se pasa de una asistencia a la posibilidad de entrar a la educación superior? Hacemos dos recomendaciones preliminares: por un lado, **incorporar más matices sobre los logros en educación** que se espera tales como (integración al entorno escolar, satisfacción con la escuela, autoeficacia escolar). Por el otro lado, **ampliar el horizonte de las niñas, niños, y adolescentes sobre las posibilidades de continuar sus estudios**. La universidad o estudios superiores no siempre son una opción en este contexto y plantearlo como un logro para todos podría ser un foco de frustración.

Revisión de las estrategias planteadas para poner en práctica un modelo terapéutico

El enfoque terapéutico o enfoque de trauma se plantea como un trabajo fundamental en la residencia, pero tiene el riesgo de quedar en algo tan amplio que se disuelve en nada, que finalmente no se logra concretizar. **Hay riesgo de que quede en el mero discurso u objetivo, pero que no se materializa en las prácticas en la residencia.**

Definición de roles

En el modelo no establece con claridad cómo se dividen los roles de cada profesional en la residencia y cómo los profesionales interactúan entre sí. Si bien el *Capítulo 4: Equipo de la residencia y organización interna* se describe en detalle cómo está conformado el equipo de trabajo, junto con el perfil que cada uno cuenta y las funciones que cumple. Sin embargo, en el *Capítulo 5: Procesos de acompañamiento del adolescente*, *Capítulo 6: Egreso y seguimiento del adolescente y su familia* y *Capítulo 7: Servicios disponibles ofrecidos para el adolescente y joven durante su estadía en la casa*, no queda del todo claro siempre quién cumple cuál función ni qué actividades en concreto se realizan para llevar a cabo sus funciones. Si bien esta flexibilidad en los roles puede responder a una apertura de que el equipo pueda responder a las necesidades de los adolescentes sin caer en roles ni actividades demasiado rígidas, puede caer en el **riesgo de diluir las responsabilidades o carecer de una orientación más concreta respecto a cómo realizar su labor.**

Carencia de profesionales de la educación

Una de las discordancias identificadas entre los objetivos y estrategias es la ausencia de profesionales que estén dedicados a trabajar los aspectos educativos del modelo. Hay objetivos importantes orientados a que los adolescentes de la residencia puedan no sólo asistir al establecimiento educacional, sino que también desarrollarse en ellos, tener logros académicos y desarrollar un proyecto de vida que pueda abrir la posibilidad de estudios de educación superior. Muchas niñas, niños, y adolescentes presentan altos índices de retraso y deserción escolar, y en ciertos casos también se asocia a trastornos del aprendizaje.

Estos desafíos requieren a profesionales especializados como profesores y psicopedagogos para apoyar los procesos de aprendizaje de las niñas, niños, y adolescentes, trabajar dificultades académicas y avanzar en logros educativos concretos. Esto no necesariamente significa que el indicador tenga que ser “incrementar los logros educacionales”, sino que las metas pueden estar relacionadas con generar mayor apego escolar, aumentar la cantidad de días al mes que asiste al colegio, disminuir la deserción escolar, aumentar la autoestima escolar y aumentar sus aspiraciones educacionales. Para ello se requiere **mayor claridad respecto al plan de apoyo educativo y los profesionales que estarían a cargo de ello.**

Poca claridad sobre hábitos de vida sana

Si bien los objetivos del modelo plantean mejorar la salud física y mental de los adolescentes, no necesariamente propone estrategias con claridad. Entre las estrategias relacionadas a mejorar la salud física se encuentra la alimentación saludable elaborada por las manipuladoras de alimentos y el fomento de actividades extraprogramáticas. Más allá de **eso no se evidencian actividades ni estrategias más desarrolladas que permitan mejorar este aspecto de su vida.**

Enfoque terapéutico

Uno de los énfasis que plantea el modelo residencial es un enfoque terapéutico que trasciende todas las interacciones que se dan en la residencia. Se plantean varias medidas que buscan asegurar este criterio, como lo es la contratación de profesionales relacionados a las ciencias sociales y a la educación en el caso de los tutores y a técnicos relacionados a la salud en el caso de los técnicos. También se consideran capacitaciones iniciales. Sin embargo, constatamos el riesgo de que sin una bajada más práctica y una formación constante en lo que implica poner en práctica un enfoque terapéutico transversal 24/7, este enfoque podría ser difícil de implementar más allá de algo puramente discursivo. Con ello se recalca el rol que podría jugar la supervisión externa, cuyo enfoque puede ser tanto administrativo y técnico, como también clínico y de análisis de casos. **Se recomienda evaluar esta instancia de supervisión clínica, y otras supervisiones técnicas no incluidas actualmente, para favorecer una apropiación del enfoque terapéutico por parte de todo el equipo, especialmente de técnicos y tutores.**

Definición del trabajo con familia en desarrollo de competencias parentales

De acuerdo al *Modelo Técnico*, una de las innovaciones relevantes corresponde al énfasis del trabajo en familia, para lo cual incluso se contrata a una dupla exclusivamente dedicada a ello. Entre los objetivos declarados del trabajo con familia se especifica que se busca fortalecer las competencias parentales o de cuidado, interrumpir formas de abuso o violencia, favorecer la participación progresiva del adulto responsable y vincular la familia a redes de servicios públicos. **Se recomendó traducir dichos objetivos a estrategias concretas, y se plantea la interrogante respecto si es que estas son suficientes para sortear las dificultades de salud mental, pobreza, consumo de sustancias.**

Tabla 2: Resumen de las recomendaciones emanadas de la Evaluación de Diseño en junio 2018

Tipo de recomendación	Evaluación de Diseño 2018
	Reformular los objetivos específicos del programa

Recomendaciones generales	Entregar mayor especificidad en las actividades Especificar cuándo se trata de una recomendación y cuándo se trata de una medida Aclarar las proyecciones de evaluación del modelo a largo plazo Definir con mayor claridad qué es un egreso exitoso
Recomendaciones específicas	Revisar los objetivos planteados para educación (incorporar más matices sobre los logros en educación y ampliar el horizonte de niñas, niños, y adolescentes sobre las posibilidades de continuar sus estudios) Revisar las estrategias planteadas para poner en práctica un modelo terapéutico Definir con mayor detalle los roles (riesgo de diluir las responsabilidades o carecer de una orientación más concreta respecto a cómo realizar su labor.) Definir con mayor claridad el plan de apoyo educativo y los profesionales que estarían a cargo de ello (Carencia de profesionales de la educación) Aclarar qué se entiende por hábitos de vida sana Definición del modelo de monitoreo Se recomienda evaluar la instancia de supervisión clínica para favorecer una apropiación del enfoque terapéutico Definición del trabajo con familia en desarrollo de competencias parentales

4.2 Cambios implementados hasta la fecha

La información levantada de la evaluación de procesos ha permitido dar cuenta de cómo se ha ido implementado el programa, al igual que los cambios y ajustes que se han ido realizado. Se han identificado tres principales cambios en cuanto a la implementación que guardan relación con aspectos del diseño, y a los que también se les da continuidad con la actualización del Modelo planificada para el 2021.

Supervisión

En primer lugar, se identificó un proceso de ajuste en cuanto al rol y perfil del supervisor externo. El modelo considera la figura de un Supervisor externo, encargado de apoyar la intervención realizada por los equipos, así como capacitarlos y acompañarlos en su labor. Durante el proceso de implementación este fue especialmente importante para incorporar el enfoque terapéutico a través de la praxis reflexiva de los profesionales. De acuerdo a lo reportado por el supervisor, fue necesario implementar distintas etapas de supervisión, ya que durante la marcha blanca los equipos requirieron un acompañamiento cercano para sortear los aspectos cotidianos del hogar y analizar casos con mayor profundidad. A medida que la intervención se estabilizó, los equipos pudieron internalizar y apropiarse de la práctica técnica, ganando más independencia del supervisor. Desde el equipo central del Hogar de Cristo, se fue esclareciendo qué habilidades y conocimientos eran más adecuados para este rol, lo que llevó a un cambio de supervisor de Anita Cruchaga.

Rol de la Dupla de Familia

El modelo técnico establece que el plan de acompañamiento familiar se debe adaptar a los diversos tipos de familia y/u otros significativos (atendiendo a su disposición a vincularse a largo plazo con los jóvenes y a su capacidad emocional, económica y de protección), así como a la etapa de intervención en que se encuentre el o la NNA (i.e. acogida inicial, estadía en la casa, pre-egreso, y durante un año posterior al egreso). Además, define que el trabajo con la familia debe ser intensivo y por el tiempo necesario para conseguir los objetivos propuestos. En la evaluación de procesos observamos una reconfiguración del rol de la dupla de familia, en parte por una definición ambigua de este rol en el modelo, y también por las características de las familias y terceros significativos de Maruri.

Rol del Abogado

La coexistencia de la figura del abogado del programa con la del abogado de PMA plantea el desafío de orientar adecuadamente las funciones de cada uno de tal forma que no exista duplicidad de funciones. La función de representación jurídica del abogado de la residencia ha derivado más bien en una función de asesoría en materia legal a la familia, niñas, niños y adolescentes, y al equipo de la residencia. Esto ha sido un factor facilitador de procesos en la intervención y un cambio en el número de horas dedicadas a cada residencia. Este aspecto es desarrollado en mayor profundidad en el apartado de evaluación de procesos.

4.3 Cambios que se esperan en la Actualización del Modelo Técnico 2021

A continuación, se presentan los principales cambios en la Actualización del Modelo Técnico de Residencias de Protección Terapéuticas Especializadas⁴. Estas fueron enviadas el 5 de noviembre de 2020 por parte del equipo del Hogar de Cristo, posterior al Informe de Sistematización, a modo de recoger algunos de los cambios que se han y que se buscan realizar en la actualización del modelo técnico para el 2021. Estos cambios son fruto de la reflexión en torno a los resultados de la evaluación y la retroalimentación propia del proceso de implementación liderado por los profesionales del Hogar de Cristo. Los cambios aún no se han implementado. Su inclusión en la evaluación de diseño se basa en el supuesto que se incorporarán en 2021.

Acompañamiento técnico semanal de equipo de apoyo del Hogar de Cristo

El Hogar de Cristo espera instaurar un acompañamiento técnico con periodicidad semanal al equipo interventor el 2021. Esto consistiría en una dupla de profesionales de HdeC a cargo de incorporar las modificaciones pertinentes al funcionamiento cotidiano de las residencias de acuerdo con el nuevo paradigma propuesto por el modelo técnico. A través de visitas semanales a las residencias su objetivo principal sería entregar herramientas, apoyo y estrategias para la incorporación efectiva de los enfoques (enfoque de género, enfoque de derecho, enfoque ecológico, etc.) y del nuevo paradigma del modelo técnico a los equipos de las residencias. Esto se haría por medio de un plan que defina la estructura y temáticas de trabajo a lo largo del tiempo y la definición de objetivos específicos claros para cada una de las temáticas, dejando espacio para las dudas y problemas contingentes que van emergiendo desde el equipo de trabajo de la residencia.

Plan estratégico para incorporar enfoques teóricos

Desarrollo de documento de estrategias para incorporar los enfoques teóricos de manera concreta. La dupla funcionará además en base a un documento que contendrá una serie de estrategias para la incorporación de los enfoques teóricos de manera efectiva.

Plan de co-construcción de límites y reglas de convivencia en la casa

Para evitar la ambigüedad respecto a las reglas de convivencia al interior de la residencia y a las relaciones entre el equipo residencial y NNA, y entre los NNA, se propone especificar en el Modelo Técnico la forma en que se construirán las reglas de la casa (co-construcción) y los límites que deben existir para el funcionamiento de una convivencia familiar funcional mediante una guía metodológica para ello.

⁴ Enviado el 5 de noviembre por parte del equipo del Hogar de Cristo, posterior al Informe de Sistematización.

Si bien es importante que la generación de límites y reglas sea un proceso colaborativo, hay ciertos elementos que deben ser considerados para una convivencia segura. De esta forma, se detallará un marco de acción dentro del cual será especificada la **metodología para co-construir las reglas de convivencia y los límites saludables en las relaciones al interior de la residencia**.

Protocolo de Articulación con Redes

Se plantea por parte del Hogar de Cristo la necesidad y urgencia de una mayor articulación de redes para el correcto funcionamiento del Modelo Técnico y la generación de una intervención integral y terapéutica de los NNA atendidos. Por lo tanto, se espera para el Modelo Técnico actualizado facilitar dicho proceso a través de la incorporación de un **Protocolo de Articulación con Redes al Modelo Técnico**.

Este protocolo tendrá como objetivo facilitar el establecimiento, mantención y fluidez de la residencia con los servicios, intersector y comunidad. Esto se realizará por medio de una definición de los pasos específicos que deben realizarse para establecer redes con cada representante de área relevante del intersector, definiendo con qué cargos debe tratarse directamente el tema de redes, cómo debe realizarse este contacto y mantención del contacto; y ofreciendo un listado de los servicios, desde aquellos básicos y prioritarios, tales como salud, educación y justicia, hasta aquellos más específicos. Además, se propondrán estrategias de generación de redes con la comunidad, identificando actores claves de la sociedad civil para distintos problemas, intereses o temáticas de los NNA, y a la vez entablando relaciones con actores de la comunidad relevantes en el barrio, tales como juntas de vecinos, consejos de seguridad u otras organizaciones de la comunidad.

Lineamientos e indicadores más claros para el trabajo con la familia

En el componente de trabajo con la familia, **se especificará de manera concreta en el Modelo Técnico la metodología que debe tener el trabajo intensivo e intervenciones tanto para las familias como para los terceros significativos de los niños y adolescentes de la residencia**. Para esto el Hogar de Cristo propone dos componentes para el Modelo Técnico: Elaborar lineamientos de orientaciones de objetivos del trabajo con las familias y terceros significativos co-construido con la dupla de familia. Junto con lo anterior, también se busca generar indicadores de calidad de intervención con la familia y terceros significativos.

Ajustar perfiles de cargo del equipo: Inclusión de otras variables en la selección de personal.

Además de la profesionalización del equipo especificada en el modelo, el Hogar de Cristo propone la inclusión de variables que permitan seleccionar personas con habilidades y competencias para el trabajo en residencia, con especial énfasis en la experiencia previa en contexto residencial, en el trabajo con NNA, en el trabajo en equipo y en especial con su capacidad de vinculación con los niños, niñas y adolescentes. En este sentido proponen **revisar y ajustar los perfiles de cargo que se especifican en el modelo, incorporando las competencias y habilidades necesarias para ejercerlos de manera satisfactoria**. De acuerdo a la especificación de perfiles previamente incorporada, se propone realizar **evaluaciones de desempeño** de los miembros de los equipos ya existentes. El carácter y periodicidad de estas evaluaciones tendrá que ser especificado en el Modelo Técnico.

Ajustar perfiles de cargo del supervisor externo: flexibilidad

El Hogar de Cristo propone modificar el perfil del supervisor externo del Modelo Técnico, haciéndolo un perfil flexible a lo largo del tiempo. Los primeros dos años funcionará como un acompañamiento del equipo con foco en la supervisión de la incorporación del Modelo Técnico en la residencia, pero irá cambiando hacia un rol orientado al acompañamiento con foco en el autocuidado de los equipos y más distanciado en el tiempo.

Definición del perfil de cargo del abogado

El rol del abogado se ha ido redefiniendo en la implementación del modelo (ver evaluación de procesos). El Hogar de Cristo propone mantener el mismo rol que tiene en el Modelo Técnico, pero se especificarán y aclararán sus funciones, debido a que no hay consenso respecto del rol que efectivamente tiene el abogado al interior de la residencia. Este rol es confuso para las familias, los equipos residenciales, y las niñas, niños, y adolescentes atendidos.

Reelaboración del plan de Cuidado de equipo

Si bien el Modelo Técnico incorpora actividades de cuidado a cargo del director, el Hogar de Cristo propone una **reelaboración del Plan de cuidado propuesto**. Se propone incorporar una metodología para co-construir y monitorear los planes de cuidado del equipo, a cargo del supervisor externo. Al igual que las metodologías de co-construcción, es fundamental delimitar en mayor medida la forma en que se construye el plan de cuidado y sus principales componentes, acordes a la experiencia de los equipos, las características de la residencia y a las niñas, niños, y adolescentes que atienden. Se propone un marco que facilite y guíe esta tarea de manera detallada, pero que no determine su contenido, dando flexibilidad y personalización al proceso.

Metodología de co-desarrollo de los planes post egreso

Durante la evaluación del diseño se detectó que falta **detallar acciones y actividades de acompañamiento post egreso** de acuerdo a las distintas vías de salida. Hasta ahora el Modelo Técnico sólo contempla acompañamiento post egreso cuando las niñas, niños, y adolescentes cumplen mayoría de edad. Sin embargo, existen variadas razones de egreso y el plan de acompañamiento carece de la flexibilidad para ofrecer estrategias diferenciadas. Se evidencia una falta de socialización de los planes de egreso y acompañamiento hacia las familias y hacia los jóvenes. En este sentido, se propone un **mayor involucramiento de las familias o terceros significativos en las actividades y objetivos del acompañamiento post egreso antes de que las niñas, niños, y adolescentes egresen efectivamente**. De esta manera no sólo todos los involucrados se encontrarán mejor preparados para el egreso, sino que también podrán aportar y entregar su mirada los distintos planes y estrategias.

Evaluación del proceso de acompañamiento y transición a la vida adulta

Finalmente, se recomienda integrar un **componente de evaluación del proceso de acompañamiento y transición a la vida adulta** de los niños, niñas y adolescentes, por parte de todas las personas involucradas. Esto es un elemento fundamental para incorporar mejoras a los procesos de acompañamiento, aumentando la efectividad y utilidad de este componente.

Incorporación del Enfoque de Géneros

Se ha trabajado durante el año 2019 y 2020 en la actualización del Modelo Técnico relevando la incorporación del enfoque de género, debido a las particularidades que se han identificado en la población femenina. Con ello se busca dar mayor especificidad a las necesidades de las mujeres en contextos residenciales, y específicamente a la explotación sexual infantil que sufre esta población de manera más frecuente que los hombres.

⁵ Este cambio no se encuentra explicitado en el documento enviado para el modelo técnico, pero se ha mencionado anteriormente que se incorporarán cambios en cuanto el enfoque de género, dado la experiencia con la implementación de Anita Cruchaga

A continuación se presenta un resumen de las actualizaciones del Modelo Técnico:

- Evaluación del proceso de acompañamiento y transición a la vida adulta
- Metodología de co-desarrollo de los planes post egreso
- Plan estratégico para incorporar enfoques teóricos
- Ajustar perfiles de cargo del supervisor externo: flexibilidad
- Ajustar perfiles de cargo del equipo: Inclusión de otras variables en la selección de personal.
- Lineamientos e indicadores más claros para el trabajo con la familia
- Plan de co-construcción de límites y reglas de convivencia
- Protocolo de Articulación con Redes
- Acompañamiento técnico semanal de equipo de apoyo del HC
- Definición del perfil de cargo del abogado
- Reelaboración del plan de Cuidado de equipo
- Incorporar enfoque de género

4.4 Análisis de los cambios recomendados e implementados

A continuación, se presenta un análisis de aquellos cambios que fueron incorporados y que coinciden con recomendaciones realizadas durante el 2018, o bien con información levantada de la implementación del modelo. Primero se revisan aquellos cambios que directamente se relacionan con las recomendaciones realizadas en 2018, y en segundo lugar, se vuelven a retomar recomendaciones que no parecen ser priorizadas para la actualización del Modelo Técnico en 2021.

4.4.1 Recomendaciones para actualizar el Modelo Técnico

En primer lugar, se analizaron recomendaciones relacionadas con la actualización del Modelo Técnico.

Egreso a la vida adulta

El modelo técnico original tenía una definición y operacionalización ambigua de egreso exitoso. Hoy se plantea el desafío de acompañar y preparar adolescentes que próximos al egreso de Maruri. Hemos planteado desarrollar una metodología de co-desarrollo de los planes de post-egreso, incluyendo activamente la participación de los adolescentes y los adultos significativos. También se busca desarrollar una evaluación de proceso y acompañamiento de egreso, con una definición clara. Ambas medidas se evalúan como positivas y coherentes con los desafíos que supone la residencia.

Revisión de las estrategias para poner en práctica un modelo terapéutico

Incorporar un modelo terapéutico, junto con los enfoques transversales, requeriría cuestionarse los métodos de aprendizaje y cambio de paradigma. El enfoque terapéutico o enfoque de trauma se plantea como un trabajo fundamental en la residencia. Se consideró un riesgo que no se materialice en las prácticas en la residencia y que quede sólo como objetivo o discurso. Esto fue una de las dificultades mencionadas por parte del equipo interventor. Se propuso en la actualización del Modelo Técnico un plan estratégico para incorporar enfoques teóricos. Si bien este plan no existe aún, se espera que sea un aporte para futuros procesos de implementación, considerando la escalabilidad del programa.

Revisión de la instancia de supervisión clínica

El rol del supervisor externo se identificó como una innovación sumamente importante. Desde su diseño debe fortalecerse su rol en la apropiación del enfoque terapéutico por parte de todo el equipo, especialmente de técnicos y tutores. Se considera que el cambio en cuanto a la flexibilidad del cargo de supervisor es coherente y aporta al objetivo anterior, siendo el proceso de apropiación uno que necesariamente debe estar situado en el contexto y en los profesionales a cargo. La definición más clara de objetivos y a la vez una mayor flexibilidad de las funciones se considera una mejora en cuanto al diseño del rol de supervisor.

Definición de los roles del equipo interventor

Se advirtió una ambigüedad en cuanto a ciertos roles por parte del equipo interventor. Si bien los capítulos 4 y 5 del modelo técnico entregan una definición de la conformación de equipo y funciones, se considera que estas no eran suficientemente clarificadoras. Con el cambio que se espera introducir en la actualización del Modelo Técnico que incluye Ajustar perfiles de cargo del equipo e incluir otras habilidades necesarias para la selección del personal, se considera que avanza hacia una comprensión más completa de las funciones del equipo. Sin embargo, en la actualización del Modelo Técnico se debe profundizar en las funciones y no sólo en el perfil de cargo. Poca claridad de las funciones puede llevar al riesgo de diluir las responsabilidades o carecer de una orientación concreta respecto a cómo realizar su labor.

Trabajo con familia

Entre los objetivos declarados del trabajo con familia se especifica en el Modelo Técnico que se busca fortalecer las competencias parentales o de cuidado, interrumpir formas de abuso o violencia, favorecer la participación progresiva del adulto responsable y vincular la familia a redes de servicios públicos. Se recomendó en la evaluación de diseño traducir dichos objetivos a estrategias concretas, puesto que estas se consideraban bastante amplias. Asimismo, se planteó la interrogante respecto si es que estas son suficientes para sortear las dificultades de salud mental, pobreza, consumo de sustancias, y cuáles serían los objetivos y límites del trabajo con familia. Esto es una de las dificultades de la implementación y fue sistematizado a partir de los grupos focales. Se advierte la poca claridad en cuanto al rol que cumple la dupla de familia, tanto para el equipo, la familia y la dupla. El modelo técnico en su actualización busca implementar lineamientos más claros sobre el trabajo con familias.

4.4.2 Recomendaciones sin cambios visibles en la actualización del Modelo Técnico

En esta sección presentamos un análisis de las recomendaciones en las que no hay cambios en la actualización del Modelo Técnico.

Educación

Una de las recomendaciones de la Evaluación de Diseño guarda relación con la educación. Se vuelve a reiterar la necesidad de contar con profesionales dedicados a trabajar los objetivos de educación. La evaluación de proceso sugiere que estas funciones han sido parcialmente asumidas por tutores cuyas formación es más cercana a la educación. Esto es una situación puntual que no se encuentra sistematizada en el modelo técnico. Se plantean opciones para atender la necesidad de profesionales de la educación trabajando con los adolescentes. Primero, se puede establecer como criterio la contratación de al menos un tutor con experiencia en el ámbito de la educación, como profesores o psicopedagogos. Segundo, se puede incorporar un profesional relacionado con educación como parte del equipo. Por último, se podría incluir explícitamente el trabajo en el ámbito educativo en el Protocolo de Articulación con Redes.

Además, es necesario repensar los indicadores de éxito en cuanto a la educación, incorporando matices y logros intermedios, que no se limiten meramente al logro académico y el ingreso a la universidad.

Evaluación y Monitoreo

Se vuelve a reiterar la recomendación de contar con planes de evaluación y monitoreo autónomos, que permitan hacer sostenible la evaluación en el futuro. La evaluación y monitoreo actualmente se establece desde un ente externo. Sin embargo, es necesario pensar y dejar consagrado en el modelo técnico qué aspectos de la intervención se buscan mantener. Levantar información respecto a la implementación y efectividad de los programas es indispensable para seguir trabajando en la mejora continua de los programas de intervención.

Hábitos de vida sana

Por último, se recomienda una definición más clara sobre hábitos de vida sana. Estos hábitos han sido trabajados, por ejemplo, a través de rutinas comunes de ejercicio y trabajo sobre alimentación. Sin embargo, si esto no queda consagrado en la actualización del Modelo Técnico, se podría limitar a acciones asociadas a individuos particulares y no necesariamente al modelo técnico. Se recomienda expandir ese apartado, pensando en la escalabilidad y replicabilidad del modelo en otros contextos.

4.4.3 Conclusiones de la evaluación de diseño

De acuerdo a la evaluación de diseño realizada, se puede concluir que el Modelo Técnico constituye una base sólida desde donde plantear la intervención, y a que a su vez requiere mejorar a lo largo de la intervención.

En primer lugar, es importante señalar que a lo largo de la implementación se han aplicado cambios que responden a recomendaciones realizadas al diseño. Estas corresponden (i) al rol del supervisor como facilitador en el proceso de implementación del enfoque terapéutico a lo largo de distintas etapas de la implementación, (ii) el rol del abogado en la residencia, dado los cambios en cuanto a la duplicidad de funciones con el Programa Mi Abogado, y (iii) la definición del foco de trabajo de la dupla de familia a lo largo de la intervención, considerando que se trata de un nuevo rol inexistente en muchas residencias tradicionales.

Asimismo, se considera que los cambios en la actualización del modelo técnico para 2021 se encuentran en la dirección correcta de conferir cada vez más contenido y ajuste del diseño a las necesidades de los profesionales y los NNA que viven en residencia. Considerando aún que este diseño es perfectible, a continuación se recalcan algunas conclusiones.

Se mencionó en la evaluación realizada que de manera transversal esta requiere de una **mayor definición**, aspecto que puede deberse, en parte, a lo incipiente de su diseño y falta de implementación hasta ese momento. En definitiva, se recalca la necesidad de contar con una mayor definición de los roles entre los profesionales intervinientes dentro y fuera de la residencia, con tal de generar un trabajo coordinado y con claridad de roles, límites y responsabilidades. Asimismo, se requiere una mayor operacionalización respecto a cómo implementar el enfoque terapéutico, donde se identificó desde un inicio el riesgo que podía significar que este se quedara meramente en lo declarativo. Junto con lo anterior, la definición de actividades y sistemas de monitoreo también es necesaria. **La información recopilada a partir de la praxis de los profesionales de la residencia debiesen ser un insumo clave para una mayor definición y operacionalización en la actualización del modelo técnico.**

Como mencionado anteriormente, una de las incoherencias más relevantes que se pueden apreciar entre el diseño del programa y los objetivos que se propone radica en el componente de **educación**. Si bien se

ponen altas expectativas sobre la educación y se reconoce su importancia para la trayectoria vital de los adolescentes, no se concreta en su diseño una intervención sólida en ese sentido, al, por ejemplo, incorporar a profesionales dedicados principalmente a este aspecto.

Junto con lo anterior, otro aspecto a considerar en la evaluación de diseño, y que se encuentra fuertemente ligado la información levantada del proceso de implementación, guarda relación con el **enfoque de género**⁶ que busca incorporar el modelo. Este resulta insuficiente para responder a las necesidades y particularidades de las mujeres. Desde el modelo técnico el enfoque de género y su aplicación al contexto residencial comprende principalmente la develación y cuestionamiento de prejuicios y estereotipos que puedan existir en los equipos técnicos, adolescentes y su familia, implementando estrategias de prevención de la violencia y coacción en todos los ámbitos de los niños. Sin embargo, se requiere trabajar el enfoque de género desde una perspectiva más amplia, identificando que aspectos del diseño perpetúan inequidades y relaciones de poder. Lo anterior debe abrir necesariamente la pregunta sobre aspectos estructurales del programa como definición del perfil de profesional, conformación de los equipos, actividades y focos de intervención aterrizadas a las necesidades y particularidades de la población femenina que vive en residencias en nuestro país.

Por último, el diseño del programa **no puede comprenderse sin la transición a la vida adulta** de los adolescentes de la residencia. Este no puede ser meramente una etapa más, sino el foco hacia donde están pensadas las intervenciones y actividades a un largo plazo. De ahí que los cambios hacia una mayor participación en los planes de egreso de los adolescentes y los terceros involucrados son un paso correcto en esta dirección, pero debiesen comenzar a implementarse y diseñarse desde los primeros meses luego del ingreso de un adolescente, trabajando la autonomía de manera progresiva.

⁶ Al momento, el equipo del Hogar de Cristo se encuentra en proceso de elaboración de un publicable llamado “Ser niña en el sistema residencial en Chile: Una mirada interseccional desde la perspectiva de género, pobreza y desigualdad” que busca dar respuesta a la deficiente incorporación del enfoque de género en el sistema residencial chileno, retratando parte de los aprendizajes producto de la intervención con la residencia de Anita Cruchaga.

5 Evaluación de procesos

El objetivo de la evaluación de procesos es contestar la pregunta ¿cómo está operando el programa? ¿Se están cumpliendo los objetivos de acuerdo con lo planeado? La evaluación de proceso analiza la efectividad y la fidelidad en la ejecución del programa (Rossi *et al.*, 2004). A través de los focos de análisis acordados para este último informe, se da cuenta si el diseño e implementación de innovaciones del modelo y las condiciones organizacionales donde se implementaron fueron adecuadas para la obtención de los objetivos establecidos; si funcionaron en forma apropiada; y cuáles fueron los medios a través de los cuales el programa tuvo impacto (o carencia de impacto).

Este apartado expone la sistematización de la experiencia de implementación con foco en las innovaciones introducidas por este modelo respecto a la forma convencional en que operan las residencias de protección de niños, niñas y adolescentes en Chile. Estas innovaciones buscan asegurar que efectivamente se alcance el objetivo del Programa de mejorar la calidad de vida e incluir socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos con necesidades múltiples y complejas a través de un tratamiento multidimensional. Las principales innovaciones corresponden a **enfoque terapéutico, profesionalización del cuidado, ambiente familiar, trabajo intensivo con familias, supervisión técnica, apoyo legal, cuidado de los equipos, acompañamiento post-egreso.**

Para la sistematización de la experiencia se utilizó principalmente una metodología cualitativa, que buscó rescatar las percepciones de los principales actores involucrados tanto en el diseño y monitoreo de las residencias piloto a nivel central del Hogar de Cristo y en la ejecución del programa en ambas residencias. Como fuentes de información de la evaluación de procesos se tomaron en cuenta los siguientes documentos:

- i. Los informes del estudio de Evaluación de los pilotos de residencia de protección infanto-adolescente del Hogar de Cristo
- ii. Informes de evaluación de procesos realizados en el marco de prácticas profesionales de estudiantes de Sociología y Trabajo Social UC
- iii. Informe de Sistematización de la Experiencia Piloto

5.1 Enfoque terapéutico

El corazón de este modelo es un nuevo paradigma de intervención, caracterizado por un acompañamiento terapéutico constante, personalizado y especializado, orientado a intervenir de manera consistente en la vida cotidiana de los jóvenes. Lo “terapéutico” se entiende como un concepto amplio que incluye el aprendizaje, la socialización, y la reparación de experiencias de abuso. Esto se logra fortaleciendo la capacidad de generar vínculos afectivos, construyendo relaciones de confianza, seguridad, conexión, e intimidad entre los cuidadores y los jóvenes. El enfoque terapéutico es el hilo conductor que articula otros enfoques de intervención, tales como: el enfoque de derechos, el basado en relaciones, de género, intercultural, de reducción de daño, de fortalezas, y ecológico.

Los servicios de protección tienden a ser percibidos por los usuarios y la sociedad como no colaboradores, impersonales, burocráticos, y muchas veces maltratantes (Antonopoulou, Killian & Forrester, 2017). El giro epistémico del modelo es hacia la construcción de relaciones de colaboración, poniendo al centro el sentido de la implicación, entendida como un término general que “permite incluir todas las relaciones subjetivas que ligan (atan) al investigador a su objeto (de investigación o intervención)” (Avron, 1986). El tránsito de un paradigma a otro no está libre de resistencias, tanto en implementadores como en usuarios,

no siempre porque no exista un acuerdo con las bondades del cambio, muchas veces porque los repertorios de acción se ven desestabilizados al no reconocer en la vida cotidiana nuevos tratos, nuevos acuerdos. Por lo tanto, lo que vemos a continuación es la expresión de esa desestabilización y las sugerencias para hacer esa transición posible.

5.1.1 Periodo de Instalación del paradigma para los equipos

Un aspecto inicial para la implementación de este modelo es **planificar un periodo de instalación del nuevo paradigma**, considerando una etapa inicial de marcha blanca. De acuerdo a lo presentado en el Informe de Sistematización, hitos claves de este proceso fueron (1) la capacitación intensiva de dos semanas y (2) la labor del supervisor externo como parte del proceso de internalización del enfoque. Ambos mecanismos- capacitación y apoyo del supervisor externo- significaron un proceso de aprendizaje crucial y extendido en el tiempo, tanto para los equipos que no contaban con experiencia previa en residencia de niñas, niños, y adolescentes, como los que sí habían trabajado anteriormente en el área. Estos últimos tuvieron que revisar críticamente las prácticas tradicionales de cuidado asistencial de las residencias, asociadas a la sobreprotección, control y prácticas de enseñanza vinculadas al castigo hacia las niñas, niños, y adolescentes. Al planificar los procesos de instalación del paradigma se vuelve crucial también entender los paradigmas bajo los cuales se sostienen las prácticas de los equipos que se incorporan. Las corrientes del aprendizaje de adultos resultan una herramienta útil al pensar y planificar procesos de implementación ya que dan cuenta de cómo los individuos se enfrentan a situaciones de aprendizaje con experiencias propias. Los autores Bourgeois & Nizet (1997), proponen que las representaciones iniciales y los conocimientos sean analizados a través de una confrontación dialéctica y sostenida, de este modo las representaciones irán siendo modificadas por rectificaciones sucesivas y paulatinas.

No es evidente rechazar un saber previo, como lo es en este caso el paradigma proteccional. Este se resiste, incluso ante argumentaciones muy elaboradas, porque ese saber está vinculado con una estructura coherente más amplia: la del pensamiento del aprendiente, que tiene su propia lógica y sus propios sistemas de significación (Giordan y de Vecchi 1987: 132). Para Giordan y Vecchi se trata de aprender contra y con las representaciones que tengan las personas aprendientes, en este caso los profesionales. Se trata de problematizar, de desestabilizar los saberes, pero apoyándose en ellos (1987: 135). En una situación de formación que busca producir aprendizajes, no basta la actitud "contemplativa" respecto de los conocimientos previos del sujeto, con la esperanza de que se transformen por sí mismos y con un propósito determinado. Esta mirada constructivista del aprendizaje de los profesionales responsables de la intervención demanda también remirar los procesos a través de los cuales esperamos que integren estos nuevos conocimientos a su práctica cotidiana. Este proceso de reflexión crítica sobre las formas legitimadas de cuidado alternativo se vio facilitada por una selección de profesionales que en lo discursivo indicaron su compromiso con la perspectiva de derechos en los procesos de cuidado.

5.1.2 Periodo de instalación del paradigma para las niñas, niños, y adolescentes

Para las niñas, niños, y adolescentes que transitaron de una residencia a otra, también hubo una transición y adaptación a un nuevo paradigma. Se tuvo que trabajar sobre la comprensión de las implicancias de un acompañamiento 24/7. En una primera instancia, el acompañamiento 24/7 generó en las niñas, niños, y adolescentes la expectativa de una atención continua, "a toda hora del día, todos los días". Esta demanda recayó en los miembros del equipo de intervención, que debió muchas veces extender sus jornadas laborales para luego ir fijando límites y explicando que el acompañamiento recaía en un trabajo de equipo y no en cargos individuales. Este proceso supone la comprensión por parte de las niñas, niños, y

adolescentes que el enfoque 24/7 debía entenderse anclado a un “sistema de relevos” y no la complete la disponibilidad de un miembro del equipo en particular. Esto significa dar continuidad al cuidado y a la intervención a través de una comunicación fluida entre los miembros y el uso de bitácoras o actas de notas donde se registran los eventos y contingencias cotidianas. Así se da respuesta integral a las necesidades de las niñas, niños, y adolescentes.

Los equipos identifican que cambiar el paradigma de intervención fue un proceso largo y desafiante, que no se agota en las instancias de capacitación, sino que es un aprendizaje que se internaliza en la práctica cotidiana. La idea de internalizar este proceso progresivamente en los NNA implica para los profesionales establecer patrones de vida familiar caracterizadas por rutinas claras, consistentes, y combinarlos con estilos caracterizados por flexibilidad y tolerancia.

5.1.3 Enfoque terapéutico y enfoque de derechos

Más allá de estas dificultades y a más de dos años de instalación del proyecto, los profesionales han visto cómo el cambio de paradigma se ha instalado en sus prácticas cotidianas. Esto ha generado cambios conductuales positivos en los usuarios del programa, incluyendo una mayor receptividad a las intervenciones, capacidad de vínculo, autonomía, y participación dentro de la residencia. Distintos miembros de los equipos hicieron notar la participación de los NNA en distintas dinámicas dentro de la residencia, como asambleas, o en el diseño de su propio plan de intervención, lo que entienden como signos importantes de empoderamiento y ejercicio de sus derechos.

El énfasis del modelo en aplicar la perspectiva de derechos se traduce en implementar un estilo de crianza que fomenta la capacidad de agencia de las niñas, niños, y adolescentes, promoviendo su independencia y toma de decisiones, tanto dentro como fuera de la residencia, coherente con el principio de autonomía. Este rasgo ha sido también valorado por los familiares y otros significativos de las niñas, niños, y adolescentes entrevistados, quienes advierten el contraste con el paradigma convencional (Núñez, Rodríguez y Vidal, 2019). El paradigma convencional era más asistencial, por ejemplo, la manipuladora de alimentos se hacía cargo de muchas actividades. Bajo el paradigma actual, son los NNA quienes deben hacerse cargo o participar de labores domésticas, como por ejemplo la preparación de la comida.

Estas aproximaciones a la autonomía y espacio a la agencia de NNA son muy relevantes a la hora de considerar que según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017), y pasados más de 20 años de la ratificación de la Convención en Chile (1990) “existen importantes brechas entre el reconocimiento jurídico de los derechos de la niñez en la ley, y la realidad en la que viven muchísimos niños y niñas” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017). Si bien el discurso ha cambiado y ha incorporado un enfoque de derechos, la preponderancia es marginal si nos concentramos en las prácticas de muchas instituciones al cuidado de los niños, niñas y adolescentes en Chile (Farías, 2003). La Convención instala en la conversación una noción fuertemente basada en los derechos, es decir, fortaleciendo la idea de que los niños, niñas y adolescentes deben verse como sujetos de derechos, más que objetos de derecho. A su vez, instala la idea de agencia, dándole un marco de acción legal y simbólico con que no contaba anteriormente. El Modelo del Hogar de Cristo avanza en esta dirección.

5.2 Profesionalización del cuidado

La profesionalización del cuidado se entiende como la incorporación de profesionales en todas las líneas de cuidado, capacitación en protección especializada de la infancia, y nuevos roles dentro del equipo, como el tutor. Su formación profesional debe otorgar los elementos teóricos y prácticos para establecer relaciones cercanas con los jóvenes, estimular su socialización e inclusión, tener herramientas para

trabajar en alianza con la familia, y una mirada sensible al trauma y holística de los jóvenes. Esta decisión da respuesta a los múltiples diagnósticos sobre la baja especialización de los equipos que prestan servicios en cuidado alternativo y, por lo tanto, la precaria respuesta que pueden dar a problemas de alta complejidad que pueden tener las niñas, niños, y adolescentes y sus familias. Es así que el presente modelo tiene requisitos en cuanto al nivel educacional del equipo de trabajo, siendo todos profesionales o de nivel técnico, lo que es especialmente relevante en el reemplazo del rol de la educadora de trato directo (generalmente sin estudios superiores) por la de los técnicos de día y de noche, quienes en el actualmente tienen educación técnica superior o profesional. En la implementación se enriqueció la oferta del cuidado no sólo con especialización, sino también con interdisciplinariedad e inclusión de nuevas profesiones, lo que contribuyó además a refrescar la clásica mirada psicosocial. Adicionalmente, se identificaron habilidades extra-profesionales fundamentales para un buen cuidado como se demuestra a continuación.

5.2.1 Respuesta interdisciplinaria

La profesionalización del equipo ha significado una riqueza al diseñar e implementar las intervenciones, ya que éstas se nutren de una mirada interdisciplinaria. En el caso de Maruri las profesiones de los tutores son diversas (profesora, terapeuta ocupacional y enfermero), lo que se complementa con la formación de las duplas (psicólogos/as y trabajadoras sociales). También gran parte de quienes ocupan el cargo de técnicos de día y noche tienen formación profesional (psicólogos y trabajadores sociales), aunque se diferencian del resto del equipo por estar recién titulados.

Se plantea el desafío respecto a la definición de los perfiles de cargo más idóneos para los tutores. Si bien el modelo técnico contemplaba una amplia gama de profesiones recomendadas (Pedagogía, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Educador Diferencial), lo cierto es que en la práctica los distintos actores reflexionan que algunas profesiones serían más idóneas, como los terapeutas ocupacionales, además de otras no contempladas, enfermeros/as. La experiencia de Maruri sugiere que la incorporación al equipo de profesiones no contempladas en los perfiles de cargo planteados originalmente por el Modelo técnico permite nutrir el funcionamiento de la residencia. Salir del terreno de las ciencias sociales puede permitir incorporar nuevos puntos de vista y herramientas, abriendo paso a que los equipos realicen una labor aún más interdisciplinaria e integral a la vez que varíen las alternativas de respuesta a las niñas, niños, y adolescentes.

5.2.2 Liderazgo horizontal

La profesionalización introduce una asimetría de los cargos profesionales y los técnicos y/o sin formación superior. Aunque en la experiencia Piloto de Maruri esta diferencia no es tan marcada, dado que la mayoría de los miembros que ocupan cargos de técnicos de día y noche cuentan con formación profesional, se reconoce una diferencia de conocimientos a la hora de intervenir con las niñas, niños, y adolescentes. El tipo de liderazgo del director y las instancias grupales han sido claves para generar un trabajo horizontal y generar el empoderamiento del equipo en su conjunto, en cuanto a la adquisición de autonomía en sus decisiones técnicas y de gestión, además de constituirse como un espacio de socialización que permite afirmar el sentido de pertenencia de los y las trabajadoras. Un desafío importante planteado es el liderazgo, en que el director o directora debe guiar a los equipos afirmándose no desde su superioridad técnica sino desde la colaboración y liderazgo horizontal que busca integrar las miradas y aportes de todo el equipo. Un modelo terapéutico con base relacional se expresa no sólo en las relaciones con los usuarios sino también en las relaciones entre profesionales. Dado el contexto de convivencia diaria, en un espacio que busca emular una familia, es natural que se busque el modelaje en

la vida cotidiana en quienes ejercen el rol de crianza. Por lo tanto, las relaciones de colaboración, de reconocimiento son fundamentales en la vida cotidiana de los equipos.

5.2.3 Limitaciones de la profesionalización del cuidado

Un tercer aprendizaje es que la profesionalización por sí misma no asegura el éxito de la intervención ni necesariamente garantiza brindar una respuesta apropiada a las niñas, niños, y adolescentes. Si bien la formación profesional puede entregar herramientas valiosas de intervención, existe una “capacidad vincular” o una “afectividad consciente” que no está dada por un título profesional. Más bien serían habilidades sociales “blandas” las que posibilitan relacionarse de manera significativa con los y las jóvenes y generar un vínculo reparador de sus experiencias de vulneración. Según los resultados del estudio de las estudiantes de sociología (Núñez, Rodríguez, y Vidal, 2019) sobre la percepción de las familias del Modelo Piloto sugiere que los otros significativos de las niñas, niños, y adolescentes valoran la calidad del acompañamiento de la dupla de familia por sobre su calificación profesional. En un levantamiento de datos anterior a la implementación del Modelo los adultos significativos de las niñas, niños, y adolescentes de la residencia Maruri que fueron entrevistados señalaron que más que la capacitación técnica o formación de del equipo, lo que más valoraban era el apoyo emocional y acompañamiento que les brindan a ellos y a las niñas, niños, y adolescentes. Esto se traduce en una relación de apoyo y acompañamiento expresado en llamados telefónicos, visitas a los respectivos hogares y trabajos, o ayuda en otros trámites formales. Esta afectividad consciente es un componente que debe considerarse al reclutar al equipo de residencias, y es además una habilidad que debe trabajarse en la formación profesional de pregrado.

Otro aprendizaje es la importancia de contar con profesionales motivados en desempeñar sus labores. Un punto de convergencia en los discursos de los profesionales entrevistados fue la vocación y el compromiso con su trabajo. Según datos levantados en el Informe 3 de este estudio, los cuidadores de las residencias piloto presentaban altos índices de realización personal, lo que sugiere que el trabajo les hace sentido y les genera satisfacción personal. Los resultados respecto a la escala de *burnout* sugerían que los tutores de las residencias piloto estaban emocionalmente más involucrados con su trabajo (según índices de satisfacción personal y la generación de un vínculo personalizado con las niñas, niños, y adolescentes) que los cuidadores de las residencias de control (convencionales). Los tutores entrevistados sorprenden por la satisfacción que muestran al hacer su trabajo y por su capacidad de asumir tareas diversas. Mantener un involucramiento laboral marcado por una sensación de bienestar subjetivo está muy alineado con contar con las habilidades para resolver tareas desafiantes en un espacio de seguridad.

5.3 Ambiente familiar

El ambiente familiar en las nuevas residencias dio sustento práctico y material a este nuevo modelo. Brindó a los usuarios un espacio apropiable con estándares y medidas orientadas a que la residencia se experimente como una “casa”. Pero no una casa cualquiera, sino una que ofreciera a sus residentes calidad de vida y una vida como la de cualquier niña, niño, o adolescentes no institucionalizado. El modelo busca responder al principio de normalización en tanto se busca que las niñas, niños, y adolescentes “lleven una vida lo más parecida posible al resto mientras viven en hogares o residencias de protección” (Del Valle & Fuentes, 2000; Redondo, Muñoz & Torres, 1998 citado en Martín, 2011, p. 108).

El modelo técnico propone que cada residencia no albergue a más de 10 jóvenes, que la casa esté inserta en una comunidad heterogénea con buena conectividad y acceso a servicios, que cuente con espacios comunes amplios y acogedores, además de habitaciones individuales o dobles que puedan ser decoradas a gusto de los y las adolescentes, entre otros aspectos. Estas nuevas condiciones materiales difieren de la

realidad que gran parte de las niñas, niños, y adolescentes experimentaron en residencias anteriores, donde el hacinamiento, el exceso de reglas, la falta de privacidad y de pertenencia, distaban bastante de un modelo de “casa”.

5.3.1 Más que una residencia, una casa

Durante el año 2019, se consultó a las niñas, niños, y adolescentes de Maruri y Anita Cruchaga por su valoración respecto a los distintos espacios de las casas, a través de una metodología de *Photovoice*. Esto consiste en pedirles que fotografieran sus lugares preferidos en la residencia, para luego reflexionar sobre el sentido de las imágenes escogidas y cuyo valor es capturar evidencia que es rica y llena de significados para los participantes. Se identificó la relación de las niñas, niños, y adolescentes con el espacio a más de un año de su estadía en cada residencia. El análisis de las fotografías y narraciones evidenció que para la gran mayoría de las niñas, niños, y adolescentes de ambas residencias su dormitorio resultó el lugar más importante, asociándolo a un espacio de pertenencia, privacidad y tranquilidad, en tanto podían adornarlo con fotografías personales, imágenes, y otras pertenencias. Lo mismo ocurrió respecto al baño, referido como un lugar de privacidad y en el que podían estar solos. Los espacios comunes en cambio, como la cocina y sala de estar fueron menos visibilizados como espacios de preferencia, aunque fueron mencionados más por las adolescentes de Maruri. Desde la perspectiva del equipo, generar un ambiente familiar está íntimamente ligado con dar la libertad a las niñas, niños, y adolescentes de elegir estar en la residencia, que la perciban como su casa y que vuelvan a ella cada vez, porque valoran la seguridad y los vínculos sociales que se dan en ella. Para construir esta nueva dinámica, la confianza con el equipo resulta fundamental. Una de las características de la nueva residencia con mayor significado simbólico para las niñas, niños, y adolescentes, fue la tener acceso libre a la cocina y a los insumos en ella. También compartir cotidianamente en este espacio posibilita el fortalecimiento de los vínculos entre los integrantes de la casa.

5.3.2 Política de “puertas abiertas”

Los actores entrevistados visibilizaron algunas tensiones respecto a las estrategias para crear un ambiente familiar dentro de las residencias piloto. El primero está dado por la denominada “política de puertas abiertas” que surge en el contexto de la implementación, que refiere a que las niñas, niños, y adolescentes no están coaccionados a permanecer dentro de la casa, a diferencia de lo que ocurre en una residencia tradicional. Los profesionales dan cuenta que fue necesario una comunicación fluida y acuerdos o normas de convivencia, tales como pedir permiso y avisar cuando visitan lugares externos, como la casa de amigos o el parque. Estas reglas de convivencia fueron un elemento básico tanto para el establecimiento de límites interpersonales como para el bienestar de los y las NNA y el equipo, y a su vez debe trabajarse de manera paulatina en la medida que se desarrolla la autonomía y capacidad de autorregularse por parte de los adolescentes.

La autonomía y su desarrollo cumple un rol fundamental en las niñas, niños, y adolescentes, así como la función de crianza que ejercen los cuidadores, desarrollando un cuidado que es flexible pero claro sobre el cumplimiento de los acuerdos de convivencia. Un estudio realizado con adolescentes que egresan del Sistema de protección en Portugal (Calheiros, Nunes & Graca, 2013) definió que la autonomía debe ser comprendida como más que sólo independencia. Autonomía comprende también el desarrollo de prácticas de autocuidado y autorregulación de los adolescentes, mediado por los profesionales y adultos relevantes de su contexto. Para desarrollar la autonomía se reconoció como importante (i) crear una sensación de normalidad, (ii) cultivar relaciones significativas y (iii) planificar los procesos de emancipación y transición fuera del sistema de protección (Calheiros, Nunes & Graca, 2013).

5.4 Trabajo intensivo con la familia

El Programa busca trabajar la vinculación entre los jóvenes y su familia, ya sea nuclear, extensa y/o de un otro significativo, a través de una dupla de profesionales dedicados exclusivamente a esta labor. Este componente es primordial. Uno de los objetivos del modelo es favorecer la vinculación familiar, idealmente generando las condiciones para una reunificación familiar de tal manera que las niñas, niños, y adolescentes no extiendan innecesariamente su estadía en la residencia. El modelo reconoce que, independiente de sus características y circunstancias, la familia de las niñas, niños, y adolescentes es una parte inamovible de sus vidas, con las que siempre tendrán algún tipo de apego, por lo que resulta clave fortalecer esta relación. También la evidencia muestra que un buen egreso del programa se asocia al involucramiento de sus redes familiares y/o de apoyo (Holden, 2009).

El modelo técnico establece que el plan de acompañamiento familiar se debe adaptar de acuerdo con los tipos de familia y/u otros significativos, atendiendo a su disposición a vincularse a largo plazo con los jóvenes y a su capacidad emocional, económica y de protección, y a la etapa de intervención en que se encuentren las niñas, niños, y adolescentes, como acogida inicial, estadía en la casa, pre-egreso, y durante un año posterior al egreso. El trabajo con la familia debe ser intensivo y por el tiempo necesario para conseguir los objetivos propuestos. Para asegurar las características y calidad que este trabajo merece, es que el modelo considera una jornada de 30 horas semanales para cada profesional de la dupla de residencia.

5.4.1 Un entendimiento diverso de la familia

El trabajo de vinculación familiar se ha adaptado al perfil de las niñas, niños, y adolescentes de ambas residencias, quienes tienen larga permanencia en el sistema de cuidados alternativos y se asocia a pocos o débiles vínculos con familiares biológicos. Es común que las niñas, niños, y adolescentes definan a terceros significativos y no a familiares como sus referentes afectivos para realizar el trabajo de vinculación. Los equipos han reconocido otras formas de “hacer familia” fuera de las definiciones tradicionales, relevando el rol que puede tener un otro significativo en la vida adulta de los NNA como factor protector.

El cambio de paradigma impulsado por la Convención releva el derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir en familia, otorgando a los padres y cuidadores el protagonismo en su crianza y desarrollo. Bajo esta lógica, es rol del Estado prestar la asistencia necesaria al núcleo familiar y al contexto para asegurar las condiciones para que ellos sea posible, saliendo de la lógica de la sospecha o pesquisa (Farías 2003, Ford & Valdebenito 2012; UNICEF, 2007; UNICEF, 2005). Frente a ello se hace necesario repensar a las familias en función de sus recursos y potencialidades, en vez del déficit o dificultades, alejándonos de un “modelo ideal de familia” y abriendo la mirada a constatar que la mayoría de estas familias han desplegado sus recursos en un contexto generalmente muy adverso y vulnerable (Flores & Raurich, 2014 en: Contreras, Crettier, Ramm,, Gomez,, & Burr, 2015). En el caso de familias cuyos niños se encuentran institucionalizados, el “hacer familia” en contextos residenciales es un desafío importante, puesto que no hay condiciones que típicamente se asocian al concepto de “familia”. Por ejemplo, se carece de la cotidianidad normativa del núcleo familiar al vivir separados, los adultos significativos no tienen los medios económicos y afectivos para el cuidado total del NNA y tampoco cuentan con la autoridad para la toma de decisiones respecto a aspectos importantes de su vida al no contar con la tutela legal. Estas ideas están fuertemente asociadas a la idea hegemónica de relaciones familiares, pero no significa que por estar ausentes “se deje de ser familia”.

La parentalidad en contextos residenciales se puede ejercer de distintas maneras y es rol de los profesionales poder reconocer lo que algunos académicos consideran “las pequeñas cosas” de la parentalidad en contextos de protección, que se refiere a aspectos de la parentalidad muchas veces invisibilizados, pero que son importantes para mantener un vínculo familiar, cercanía, cuidado y responsabilidad que benefician al niño. Tales aspectos pueden ser por ejemplo compartir la mesa, regalar cosas o ropa, entregar afecto físico, compartir narrativas familiares y compartir responsabilidad en la toma de algunas decisiones (Ursin, Oltedal & Muñoz, 2017). Este tipo de relaciones son mayoritariamente establecidas con mujeres como madres, abuela, tías, lo cual coincide con la feminización del cuidado que suele darse en la sociedad. Cuando las familias se sienten consideradas en la toma de decisiones y participan de manera activa en la parentalidad – incluso estando este institucionalizado – las familias contribuyen con su conocimiento y voluntad a orientar acciones favorables hacia los niños y las residencias. En ese sentido, las intervenciones debiesen fortalecer las relaciones de colaboración entre familia y sistema de protección, respetar la voluntariedad y poner el foco en los recursos y las buenas agencias.

Las profesionales de la dupla de familia dieron cuenta cómo su trabajo consiste en el despliegue de estrategias flexibles y adaptadas a las necesidades de las familias u otros significativos, reconociendo que éstos muchas veces enfrentan situaciones económicas y sociales complejas y múltiples desventajas que pueden limitarlas a participar de forma activa y consistente en las intervenciones. Estas estrategias consisten, por ejemplo, en la adaptación de la dupla a los horarios de conveniencia para la familia, a la asistencia y contención telefónica en momentos de crisis a la familia y al dinamismo con el que los usuarios van cambiando sus figuras significativas para la vinculación familiar. Esta nueva comprensión ha significado dar un giro a la aproximación familiar que tenía el modelo de residencia convencional, una transición inédita para todos los actores involucrados, las familias, los equipos, y los tribunales de familia.

5.4.2 Encuadre y lineamiento del trabajo con familia

Uno de los aprendizajes obtenidos por la dupla al desplegar su labor de vinculación familiar ha sido delimitar horarios de trabajo más estables y saludables para la dupla. Este proceso se ha logrado a través de un trabajo de socio-educación de las familias u otros significativos que los profesionales identifican como un avance en fortalecer habilidades parentales ligadas a la responsabilidad. También se ha planteado el desafío de precisar el foco del trabajo de la dupla de familia. ¿son las niñas, niños, y adolescentes? ¿o sus familias? Aunque la dupla tiene claro que su foco son los jóvenes, pareciera que hace falta que el equipo completo refresque sus conocimientos sobre la importancia de brindar terapia familiar para asegurar el bienestar de las niñas, niños, y adolescentes. Esto se vincula al segundo punto, relativo al rol de la dupla de familia en el equipo, ya que los actores visibilizan la necesidad de una mayor coordinación e involucramiento de ésta en la intervención de las niñas, niños, y adolescentes, en el análisis de los casos y en el reconocimiento de su labor.

5.5 Supervisión externa

El modelo considera la figura de un supervisor externo, encargado de apoyar la intervención realizada por los equipos, así como capacitarlos y acompañarlos en su labor. Esta figura no tiene un rol de jerarquía sobre los equipos en cuanto a la toma de decisiones, y su rol de profesional externo permite que los equipos cuenten con una visión independiente y renovada que les permite reflexionar sobre el quehacer y analizar de manera extensiva todos los casos. El supervisor tiene un importante rol en el cuidado de los equipos, atendiendo al impacto que a nivel personal y de equipo tiene la experiencia de trabajar con adolescentes y jóvenes de alta complejidad.

5.5.1 Supervisión como parte de la praxis reflexiva

Los distintos actores reconocen que la mayoría de los integrantes de ambos equipos e incluso sus directores no tenían experiencia específica en residencias especializadas. Por esta razón el apoyo técnico del supervisor en la capacitación inicial, en asesorar la toma de decisiones, brindar orientación sobre el diseño de las intervenciones y en el trato de las niñas, niños, y adolescentes resultó crucial tanto en el caso de Maruri como de Anita Cruchaga. Una vez instalado el modelo, los actores entrevistados reconocieron que el equipo logró empoderarse e independizarse del criterio técnico del supervisor, reconociendo la experiencia y experticia de los propios miembros del equipo. Y es eso lo que hizo que la función de apoyo técnico cambiara hacia lo que el supervisor describe como un “análisis más profundo de los casos”, que se ha traducido en una revisión crítica de los planes de intervención, problematizando sus objetivos, y monitoreando en qué medida se ha avanzado. Esto puede entenderse como parte de un proceso de instalación de un modelo de praxis reflexiva (Schön, 1987), bajo el que los profesionales se acercan al conocimiento mediante la reflexión de la acción a través de la construcción de un espacio y un tiempo destinado a ello. La instalación de un enfoque reflexivo aporta elementos para la mejora de la efectividad del trabajo de los profesionales, ofreciendo una posibilidad de examinar críticamente sus actitudes, creencias, valores y acciones (Iglesias, 2011).

5.5.2 Supervisión como parte del autocuidado

Además del rol de apoyo técnico en las intervenciones, el supervisor cumplió una función importante de acompañamiento emocional y cuidado a los equipos. Ante el desgaste y carga emocional cotidiana que sufren los equipos, el supervisor ha asumido como una de sus funciones motivar al equipo, poniendo en perspectiva los aspectos en los que es posible identificar mejoras y avances. Se reconoce lo importante que es el trabajo de vinculación y de construcción de confianzas entre el equipo y el supervisor externo. Esto es parte de la construcción de un espacio seguro de trabajo, donde se admite el error como parte del proceso de aprendizaje e instalación de nuevas formas de intervención. El proceso de sistematización sugiere que este aprendizaje se dio de manera más fluida en la residencia de Maruri, mientras que el equipo de Anita Cruchaga no logró adecuarse por completo. Pese a las intenciones y el esfuerzo por la construcción de un espacio seguro, se mantuvo una lógica de trabajo más autoritaria, centrada en la figura del supervisor como experto, donde este percibía que por ser una figura de autoridad el equipo censuraba sus dudas, manteniendo una relación distante y un acompañamiento más débil.

5.6 Apoyo legal

Según el último Informe del Comité de Derechos del Niño sobre la situación de Chile (2018), el sistema judicial chileno de medidas de protección para niñas, niños, y adolescentes vulnerados en sus derechos posee problemas estructurales relacionados con el diseño y funcionamiento de sus componentes judiciales y administrativos. Uno de los nodos más críticos corresponde a la excesiva judicialización de las medidas de protección. Esto se traduce en que Tribunales posee un rol central en la determinación y monitoreo de las medidas de protección, aun cuando están insertos en un contexto de falta de recursos y de especialización para el ejercicio de sus labores. Esto ha desafiado convencionalmente a los organismos que ejecutan las medidas y sus profesionales (generalmente del área de ciencias sociales), debido a que enfrentan dificultades para comunicar la situación, necesidades y avances de las niñas, niños, y adolescentes en un lenguaje (jurídico) que sea comprensible por los operadores del sistema de justicia. De ahí que se valore como una innovación la incorporación de un abogado/a al equipo del Programa.

El Modelo técnico concibe dos funciones principales del abogado/a (i) representar legalmente a los NNA de la residencia para garantizar sus derechos y (ii) entregar asesoría y/o apoyo jurídico a la residencia de protección. Pese a que estas funciones efectivamente se implementaron en un comienzo, las funciones se fueron modificando y especificando en la implementación el Programa. La función (i) de representación jurídica de los usuarios y usuarias del Programa fue la principal afectada, considerando que la oferta de servicios de representación jurídica a nivel nacional cambió con la introducción del Programa de defensa jurídica especializada “Mi Abogado⁷” (PMA). Éste programa depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y se orienta a las niñas, niños, y adolescentes víctimas de negligencias y/u otras vulneraciones graves de derechos constitutivas o no constitutivas de delito, que se encuentren en sistema de cuidados alternativos.

PMA fue la respuesta estatal al déficit legal en la representación de las niñas, niños, y adolescentes y se propuso asegurar el cumplimiento de estándares básicos de calidad en la asistencia legal. Aun cuando se encuentra actualmente en proceso de expansión territorial, significó que la experiencia Piloto se adaptara y se articulara con las nuevas posibilidades y apoyo que brinda el PMA. Es distintivo que el apoyo legal del Piloto fuera pionero en su estilo, y que el servicio se encontrara posteriormente en la oferta estatal, instalado como representación jurídica independiente para NNA en cuidado alternativo residencial. En estos procesos no es fácil identificar la incidencia directa en la política pública de un modelo piloto, sin embargo, es un hecho innegable el carácter pionero de la innovación de apoyo legal del modelo piloto que hoy se encuentra en una oferta pública específica.

Lo relevante del PMA es que visibilizó la importancia de una figura de representación jurídica independiente y autónoma de los demás intervinientes en los procesos de protección. Siguiendo lo relatado por el mismo abogado del Programa piloto, así como por las opiniones de expertos relevadas por el Centro Iberoamericano de Derechos del Niño (CIDENI, 2019), se ha identificado que si la función de representación jurídica de los NNA recae en un abogado dependiente de una organización ejecutora de las medidas proteccionales (i.e., Hogar de Cristo), éste podría incurrir en conflictos de interés. Cuando un abogado es parte del equipo de una residencia posee una afiliación institucional que le afectaría en caso de tener que representar a los usuarios ante eventuales conflictos con parte del equipo residencial. Algo similar ocurriría en caso de tener que representar a un usuario ante un conflicto con otro usuario de la misma residencia.

5.6.1 Duplicidad de funciones con el Programa Mi Abogado

La coexistencia de la figura del abogado del programa con la del abogado de PMA planteó el desafío de orientar adecuadamente las funciones para evitar una duplicidad de funciones, por lo que se realizó un trabajo de redefinir las funciones y el ámbito de acción de cargo del abogado del Modelo ante este nuevo contexto, lo cuál debería ser incluido como parte de la actualización del Modelo Técnico.

⁷ El programa se inicia en el año 2017 de forma piloto. Su población objetivo son los niños, niñas y adolescentes preferentes de 0 a los 17 años 11 meses, víctimas de negligencias y/u otras vulneraciones graves de derechos constitutivas o no constitutivas de delito, que se encuentren en sistema de cuidados alternativos.

5.6.2 Reformulación del rol del abogado

La función de representación jurídica del abogado de la residencia derivó más bien en una función de asesoría en materia legal a la familia, niñas, niños, y adolescentes, y el equipo de la residencia, lo que se ha identificado como un factor facilitador. En el Informe 2 de este estudio (junio, 2019) este ámbito de innovación aparecía como una de las más valoradas por los trabajadores, quienes consideraron que el abogado de la residencia prestaba el apoyo necesario, de manera rápida y eficiente, al equipo en materia judicial de manera que se pueden acelerar los procesos de diseño y monitoreo de los planes de intervención. El equipo reconoció que el abogado se incorporaba colaborativamente al desarrollo de informes y oficios, identificándolo como un facilitador en el acceso a la información y la comprensión de términos jurídicos. Así mismo, se valoraba su función de activar relaciones de colaboración con distintos actores de la red de tribunales, carabineros, policía de investigaciones y fiscalía.

En el Informe 3 (enero 2020) las entrevistas al equipo y familias destacaron el apoyo prestado por el abogado a los terceros significativos de niñas, niños, y adolescentes. Los equipos hicieron notar que el rol del abogado era clave en facilitar la coordinación efectiva entre director y profesionales, al informar a todos sobre la situación de las causas judiciales de niñas, niños, y adolescentes. Los resultados de una encuesta a niñas, niños, y adolescentes en el marco de este estudio sugieren que los residentes de los Piloto obtuvieron mayor asistencia legal que aquellos de residencias tradicionales (control).

Parte de los datos cualitativos levantados a propósito de esta sistematización evidencian un cambio en la percepción del equipo respecto a las funciones del abogado. Muchos coincidieron en que la figura del abogado se volvió progresivamente menos relevante. En parte, es posible que esto se deba a que sus funciones fueron más necesarias y urgentes al inicio del piloto, y que habiendo abarcado sus principales objetivos durante el periodo de ajuste de la implementación, este se fue haciendo menos presente. Asimismo, los profesionales reconocieron su aporte, pero a la vez señalan las limitaciones que implica que este no esté presente en el día a día de la residencia o bien que no tenga la misma injerencia en tribunales que su curador ad item. Las funciones descritas en el Modelo Técnico han operado razonablemente bien, pero se debiera evaluar con el equipo si se sigue requiriendo un apoyo legal que justifique una jornada de 15 horas del abogado.

El apoyo legal puede ser descrito en cuatro ámbitos principales de acción. Primero se encuentran todas aquellas actividades de coordinación con la red, es decir, la red SENAME, el intersector y los organismos judiciales y de representación jurídica de NNA. En segundo lugar, el apoyo legal ha involucrado en la práctica la función de asesoramiento legal permanente al equipo de los programas residenciales ante las diversas contingencias que se presentan, de manera que el abogado ha establecido una comunicación fluida y cotidiana con el equipo, especialmente con la jefatura para apoyar la toma de decisiones en el ámbito legal. En tercer lugar, ha sido clave la labor del abogado en brindar información y asesoría en materia legal a los NNA y sus familias y/o terceros significativos. En cuarto lugar, dado la realidad de la oferta de programas residenciales a nivel nacional en la que existe una tendencia a la judicialización de los desacuerdos sobre ingresos y derivaciones, una parte relevante de las acciones legales se destina a la discusión de internaciones por sobrecupo (u '80 bis') permitido por la Ley de Tribunales de Familia, o bien por ingresos fuera de perfil o solicitudes de egreso por diversos motivos.

5.7 Cuidado de los equipos

El Programa reconoce la importancia de cuidar el bienestar del equipo, por lo que promueve diversos mecanismos orientados a conformar equipos estables. Esto significa que los trabajadores generen vínculos sólidos con las niñas, niños, y adolescentes y a la vez, que acumulen experiencia y conocimiento.

Como señala el modelo técnico “la estabilidad del equipo es un factor determinante de la calidad del cuidado de los centros residenciales, que se traduce en resultados positivos en los jóvenes” (pág. 56). De ahí que éste es considerado un ámbito relevante de innovación. También el modelo técnico del programa especifica que el director debe planificar y ejecutar un plan de cuidado del equipo que contemple no sólo realizar actividades recreativas, sino también estrategias orientadas a garantizar condiciones laborales adecuadas para evitar el desgaste y la desmotivación de los trabajadores y a su vez, impedir que las niñas, niños, y adolescentes sufran al experimentar la rotación de personal.

5.7.1 Buenas condiciones laborales

Un aspecto que ha marcado la diferencia de ambos Pilotos respecto a una residencia tradicional son las mejores condiciones laborales que ofrece a sus trabajadores y trabajadoras, considerando salarios más altos que el mercado, contrato de trabajo, y flexibilidad laboral. La flexibilidad fue frecuentemente mencionada por los miembros entrevistados, visibilizando que han experimentado cómo la dirección ha estado dispuesta a comprender ausencias y/o cambios de horarios ante dificultades con el cuidado de los hijos o hijas o en caso de enfermedad. Esto ha sido aún más relevante en el contexto de la pandemia del COVID-19. Los y las trabajadoras reconocen que el trato laboral es coherente con los lineamientos teóricos que orientan la práctica en torno al trato de las niñas, niños, y adolescentes, como por ejemplo el enfoque de género al enfrentar situaciones donde se dificulta compatibilizar las responsabilidades laborales y de crianza de los propios hijos.

Los distintos miembros de Maruri coincidieron en mencionar el liderazgo inclusivo del director como un factor que ha aportado a la estabilidad y cuidado del equipo, lo que se refleja en reuniones de equipo en la que participan todos los integrantes (desde tutores hasta personal de aseo) y también en la confianza que deposita el director en las capacidades y criterio de cada miembro. Varios trabajadores y trabajadoras de ambas residencias asociaron a la gestión del Hogar de Cristo una política de buen trato de los trabajadores, así como la promoción de liderazgos horizontales que han generado un sentido de pertenencia.

5.7.2 Rotación profesional y desgaste emocional

El análisis de los relatos de los miembros de ambos equipos también mostró que las características del trabajo hacen difícil la conformación de equipos estables. La literatura es enfática respecto a lo demandante que resulta el trabajo con niñas, niños, y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas (Barton et al., 2012). Y de forma consistente, los equipos visibilizaron su desgaste emocional como consecuencia de su trabajo con las niñas, niños, y adolescentes, pero también como resultado de la experiencia de observar cómo muchos de sus compañeros no han podido enfrentar la presión laboral. La rotación de personal a su vez impacta por un lado los procesos de intervención de las niñas, niños, y adolescentes, afectando la apertura de éstos para vincularse y confiar en nuevos profesionales.

Independiente del cargo vacante, el equipo completo resiente la salida de profesionales. Los miembros declaran la importancia del trabajo en equipo, particularmente en relación con el nuevo paradigma del Programa que asume “un sistema de relevos” para el que la coordinación y colaboración es clave. Los equipos problematizaron cómo al integrar nuevos miembros al equipo deben iniciar un proceso de prueba y marcha blanca. Varios actores entrevistados coincidieron en que la fuga de profesionales exige reforzar los procesos de inducción y capacitación de forma constante, elemento que se estima como aún pendiente. De acuerdo con lo reportado por el equipo de Maruri, esto se experimentó de forma más marcada- aunque no exclusivamente- en la etapa inicial de implementación.

La naturaleza del trabajo requiere por parte de la organización central concientizar lo que indican autores como Leigh-Smith and Kerryn Toth (2014), sobre el efecto del trauma en el personal, y que deben ser acompañados para manejar las emociones negativas y mantener su seguridad personal. Los comportamientos desafiantes de un niño o joven, así como el haber experimentado experiencia en trauma, puede resultar en emociones muy cargadas en los cuidadores. Ofrecer espacios para la gestión de las emociones proporciona una base para una mayor comprensión sobre lo que está ocurriendo, previendo planes de seguridad y cuidado personal, que incluyen estrategias para manejar sus propias emociones, utilizando inteligencia emocional, no violencia y comunicación abierta al manejar conflictos (Leigh-Smith, Toth & Sanders, 2014).

5.7.3 Rotación profesional y perfil del profesional

El análisis para la sistematización de la experiencia muestra cómo profesionales renunciaron o fueron desvinculados por no tener las herramientas necesarias para tratar con el perfil de las niñas, niños, y adolescentes en el programa. El proceso de selección del personal no ha logrado relevar las habilidades necesarias para los cargos, como lo pueden ser habilidades blandas y capacidad de vinculación. Este diagnóstico es compartido por los equipos de Anita Cruchaga y Maruri, ya que la falta de experiencia es uno de los elementos más mencionados por el equipo al explicar la rotación de personal. Este problema se da incluso en a nivel de dirección en el caso de Anita Cruchaga que tuvo tres directores en un año y medio de funcionamiento.

Aspectos que deben revisarse para el reclutamiento en un proceso similar a este:

- Experiencia en cuidado alternativo es mencionada como un requisito de contratación. Sin embargo, la experiencia debe ser evaluada de modo balanceado con el peso del legado de la perspectiva dominante y tradicional para cuidar a las niñas, niños, y adolescentes en residencias que, como hemos sostenido, se opone al nuevo modelo piloto.
- Los equipos consideran que el tipo de trabajo, por su intensidad, complejidad y exigencia de dedicación sobre la jornada laboral, requiere salarios acordes a esas demandas.
- El hecho de que la selección sea una decisión mayormente centralizada y los fracasos que se han producido en las contrataciones, abre la posibilidad de fortalecer la voz de los equipos, o sus líderes, en los procesos de reclutamiento
- La gestión de los procesos de inducción e inclusión de nuevo personal merece mayor planificación y efectividad, ya que apareció como una condicionante afectando las cortas permanencias de los profesionales. Al respecto, temas como las prácticas de comunicación interna, la resolución de conflictos, el ejercicio de compañerismo desplegado por el equipo y, por último, las acciones orientadas explícitamente al cuidado del equipo y a prevenir su desgaste, emergieron como relevantes de ser mejorados para avanzar en la permanencia.
- Las entrevistas con los equipos sugieren que los tutores advirtieron no tener el suficiente entrenamiento para manejar a las niñas, niños, y adolescentes más complejos, lo que es indicativo de la necesidad de revisar los criterios de contratación y el perfil de cada miembro del equipo.

5.7.4 Flexibilidad de los planes de cuidado de los equipos

El cuidado de equipos resulta un pilar central para lograr los objetivos del modelo. Esta dimensión queda restringida a la responsabilidad del director según el modelo técnico, responsabilidad que parece acotarse a ejecutar algo que fue definido como un “paquete pre-armado”, ya que no se perciben espacios de

innovación. Esta rigidez actúa en oposición a lo que requiere un proceso de cuidado de equipos, que debiera ser flexible y heterogéneo según necesidades diversas y contextuales de los equipos. Además, debe diseñarse una estrategia para evitar el stress que genera desarrollar la actividad de cuidado de equipos dejando un equipo de reemplazo que puede no estar preparado para afrontar contingencias o crisis.

Las debilidades que se señalan respecto a los espacios de cuidado de equipos podrían agudizarse si consideramos el análisis que se produce al triangular esta información cualitativa con la cuantitativa levantada en el Informe 3 (enero 2020) de este estudio respecto a la Seguridad del cuidado. Un 69% de los tutores declaraba estar de acuerdo o muy de acuerdo con la frase “los trabajadores tienen que trabajar con apuro porque tienen mucho que hacer”, a la vez que sólo un 8% de ellos se declaró de acuerdo con “se tienen los suficientes trabajadores para realizar todo el trabajo”. La sobrecarga y espacios limitados de cuidado son una combinación deficiente para alcanzar los objetivos del programa y además para resguardar el bienestar de los trabajadores.

Los miembros de ambos equipos coincidieron en que la periodicidad de estas instancias ha sido insuficiente (dos veces al año, aunque ninguna en 2020 por la crisis sanitaria). Más allá de estas limitaciones, los trabajadores de ambos equipos plantean una mirada crítica a las prácticas de autocuidado vigentes, sobre todo porque no contemplan una participación más activa del propio equipo para diseñar y modelar instancias de cuidado que se ajusten a sus necesidades.

Resulta interesante que al instar a ambos equipos a ser propositivos en estrategias de autocuidado que les hicieran sentido, fue recurrente la mención a instancias individuales de “vaciamiento” que les permita contar con espacios más recurrentes e íntimos para poder expresar sus opiniones, experiencias y problemáticas. Sin embargo, no todos coinciden con quién debiera ser la contraparte a cargo de estas instancias. Algunos plantean que el director o directora, mientras que otros, un psicólogo externo con experiencia en el área de protección. Se debe destacar que en el caso de Maruri, el mismo equipo reconoce haberse afianzado y haber establecido un ambiente laboral en que el compañerismo y la preocupación por el otro es una tarea de cada uno de los miembros, lo que los motiva y les permite realizar de buena forma su labor.

5.8 Acompañamiento post-egreso

Una vez que los usuarios y usuarias egresan del programa, inician la inédita experiencia de vida adulta o interdependiente. Esta se vuelve más desafiante al conjugarse con que muchas veces no cuentan con soporte familiar o de otras redes sociales estables. Desde el modelo técnico se plantea que la intervención considere el acompañamiento de los usuarios y usuarias durante 12 meses, considerando en los primeros 6 meses un apoyo más intensivo. En términos de gestión, el diseño del programa contempla que esta labor recaiga en la dupla psicosocial de familia y el tutor. Y en términos de intervención, el acompañamiento consistiría en entregar mentoría, derivación asistida y vinculación a redes que permitan la factibilidad del egreso y su mantención. Así mismo, se sugiere incorporar a las reuniones de equipo los casos de NNA egresados, además de contemplar trabajo en terreno (visitas domiciliarias durante los primeros 6 meses) y una evaluación de los objetivos del plan de acompañamiento post-egreso del joven y su familia y/o adulto significativo.

5.8.1 Desarrollo habilidades para el egreso

Existe un amplio consenso respecto a las dificultades que tienen los NNA en cuidado alternativo al transitar hacia la adultez. Experimentan altas tasas de deserción escolar, desempleo, pobreza, mono-

parentalidad, enfermedades de salud mental, inestabilidad residencial y victimización (Courtney & Hughes en Osgood, 2005). Además, poseen una menor cantidad de redes de apoyo familiares y sufren de una escasa oferta programática de servicios sociales (Courtney & Hughes en Osgood, 2005). Si bien se entiende que la existencia de un sistema de protección de infancia se justifica en que la separación de las niñas, niños, y adolescentes de sus familias es beneficiosa por la multiplicidad de problemas sufridos, también se les quita a las familias responsabilidades asociadas a la crianza de un adolescente, incluyendo la preparación para la vida interdependiente (Courtney & Hughes en Osgood, 2005). La estadía en el sistema de protección socava en muchos casos lazos con familiares (Courtney & Hughes en Osgood, 2005), aun cuando estos lazos contribuyen a una mejor transición a la adultez (Mortimer & Larson, 2002; Zimmerman, 1982).

El grupo de los pilotos del Hogar de Cristo reportó un mejor desarrollo de habilidades para la vida adulta que el grupo de control. Específicamente, el grupo de la residencia Maruri (hombres) reportó resultados notoriamente más altos. Esto podría ser consecuencias de la intervención realizada en el programa piloto, que activamente busca generar estas habilidades en los jóvenes. Tanto los tutores como la dupla psicosocial encargada de la vinculación familiar mencionaron que el desarrollo de habilidades para el egreso es un objetivo transversal de los planes de intervención, lo que se entiende como parte del nuevo paradigma de intervención que fomenta la autonomía y participación de las niñas, niños, y adolescentes. La dupla psicosocial de familia define su trabajo considerando el egreso de los usuarios.

Los tutores de Maruri destacaron como un logro de la intervención el hecho de que los niños y adolescentes no sólo han adherido al Programa, sino que también han logrado construir proyectos de vida positivos, en el sentido de muchos tienen expectativas de continuar con estudios superiores. Este hallazgo coincide con la información levantada en el Informe 2 (junio, 2019), en el que se destacaba cómo uno de cada cinco niñas, niños, y adolescentes en residencias piloto aspiraba a completar la educación técnica superior. Asimismo, de acuerdo al trabajo Núñez, Rodríguez y Vidal (2019) que comparó las expectativas de vida de los usuarios de Maruri con otras residencias, los niños y adolescentes de Maruri se diferenciaban por tener mayores aspiraciones relacionadas a estudios o especializaciones posteriores y mayor claridad y esperanza respecto al futuro que otras residencias. Actualmente, algunos de ellos ya están insertos en instituciones de educación superior u en el proceso de admisión a éstas.

5.8.2 Insuficiente claridad de los planes de egreso

Los planes de egreso son el ámbito de innovación con mayor distancia entre la implementación y el diseño del programa. Esta brecha se explica en parte porque el modelo técnico no es lo suficientemente claro en definir los lineamientos prácticos que guíen las acciones posteriores al egreso. No se define concretamente los pasos y plazos para realizar las acciones de seguimiento post-egreso, y los lineamientos generales que sí define se plantean más bien como recomendaciones⁸, quedando como función del criterio de quien lo implemente. Los miembros de los equipos reportaron realizar un acompañamiento por 6 meses y no por los 12 meses que sugería el diseño, sin diferenciar etapas de mayor o menor intensidad. Por otro lado, resulta problemático que el modelo sólo considera el egreso asociado a la mayoría de edad, posterior al término de los estudios superiores o por reunificación familiar, pero no considera otras causas de egreso. Por ejemplo, el egreso de usuarios considerados de un perfil no acorde

⁸ Por ejemplo, “La primera evaluación se recomienda que sea realizada de forma periódica y la segunda podría ser realizada una vez al año (Grupo de investigación en familia e infancia, 2008). Esta evaluación también debiese incorporar la percepción del adolescente sobre la experiencia vivida en la casa y la calidad de servicios recibidos” (Hogar de Cristo, 2017, pág. 106)” Cabe destacar que el diseño tampoco contempla los instrumentos de evaluación de la experiencia o satisfacción usuaria que sugiere.

a la residencia (“demasiado complejos”) o egresos debido a problemas de convivencia al interior de la residencia. Varios miembros del equipo Maruri coincidieron en que no está claro el protocolo a seguir al momento previo y posterior al egreso de un usuario en base a distintas causas. Cada vez que ocurre un egreso han debido juntarse a discutir los pasos a seguir. Tanto la dupla de familia como los tutores dieron cuenta de la falta de lineamientos en este ámbito.

La toma de decisiones no recae solamente en el equipo, sino que también depende del equipo central del Hogar de Cristo. Esto se identifica como un problema de gestión que ha retrasado la toma de decisiones. Los distintos actores coinciden en su preocupación por la ansiedad que genera en las niñas, niños, y adolescentes no tener seguridad respecto su futuro, lo que parece depender no sólo del equipo y Hogar de Cristo sino también juega un rol importante SENAME.

5.9 Consideraciones organizacionales

La evaluación de procesos incluyó una mirada sobre los procesos organizacionales de los pilotos, ya que algunas dimensiones se vinculan a la relevancia de los conflictos de interés, distribución de recursos, proceso de toma de decisiones, y diferenciación jerárquica que emergen al estudiar procesos de implementación. Todos estos temas se pueden analizar utilizando conceptos organizacionales, que visibilizan al implementador en su rol de agente público y en su rol de ciudadano (Yanow 1987). Adicionalmente, es útil incluir en la investigación de implementación esta dimensión organizacional, dado que, como Elmore (1982) indica, las experiencias personales de los actores organizacionales al relacionarse con los usuarios, entre ellos mismos y en relación a sus condiciones de trabajo, rara vez se tienen en cuenta cuando las políticas se desarrollan y revisan.

El primer aspecto que se revisa es la fase de instalación del modelo. Acá se analizan dimensiones de reclutamiento, capacitación, consideración del legado de la tradición sobre la innovación, y por último la noción de proceso para instalar un cambio. El segundo aspecto que se revisa refiere a la estructura organizacional, donde dimensiones asociadas a la descentralización, y funciones de apoyo a los pilotos externalizadas requieren ajustarse en la medida que la organización evoluciona. Se habla de un sistema que requiere constantes ajustes y no puede considerarse rígido.

5.9.1 Consideraciones para la instalación del modelo

Gran parte de la gestión de las distintas acciones para la instalación del modelo no dependen del equipo implementador, sino que se alojaron en la gestión central del Hogar de Cristo. Esta consideración se enmarca en un cambio de enfoque en la forma de concebir un servicio, por lo tanto, desafía concepciones ancladas en la tradición del “cómo hacer las cosas”.

Selección del equipo

Uno de los pasos más importantes con miras a la ejecución del programa es la selección del equipo, pues de ellos depende la calidad y fidelidad con que se implementa el Modelo. Este proceso debe considerar:

- Tratándose de un modelo nuevo, con un carácter de piloto, el empleador debe considerar que un personal con conocimientos es fundamental, pero también es necesario disponer de otros recursos necesarios para ejecutar con éxito un mandato. Estos otros recursos incluyen calidad de la información respecto al proceso de implementación, la autoridad para ayudar a que las políticas se lleven a cabo como se pretende, e instalaciones como espacio, recursos (Makinde 2005: 63-64). En este sentido, el **acompañamiento** debe ser de alta intensidad al comienzo y regularse en la medida que los equipos adquieren dominio de las diversas esferas del piloto.

- El tipo de labor que este modelo demanda, requiere que el **conocimiento experto** del personal se complemente con **habilidades blandas**, donde la capacidad vincular es una habilidad central pero muy difícil de pesquisar. En el taller de expertas realizado a propósito de este estudio, se destacaron ciertas estrategias de selección de personal para identificar la capacidad de “afectividad consciente” de los postulantes, que es un aspecto que podría indagarse para mejorar este proceso, más aún porque éste no se acaba en el periodo inicial, sino que es probable que se extienda durante todo el proceso de implementación del Programa.

Capacitación

Para el despliegue de ambos Pilotos se realizó una capacitación intensiva de dos semanas, lo que fue valorado por los distintos actores entrevistados (Cambio de Paradigma, **Error! Reference source not found.**). Sin embargo, los equipos dieron cuenta de dificultades iniciales para “traducir” o “hacer carne” la teoría en su quehacer cotidiano, por lo que advirtieron la necesidad de que las instancias de capacitación tengan un componente más práctico. Los actores plantearon también la necesidad de que la capacitación se entienda como un proceso continuo durante la ejecución del programa, lo que se justifica por dos razones. Primero, la rotación de profesionales exige que quienes se integran reciban con profundidad la inducción en las características diferenciadoras del Programa. Y segundo, debido a que la experiencia práctica y la evolución de los niños, niñas y adolescentes (en sus procesos, en edad) plantea nuevos cuestionamientos y desafíos al equipo.

Socialización del modelo

La adecuada socialización del Modelo en el contexto en que se inserta, -considerando los cambios que éste implica, los actores que se verán afectados y de qué forma- es uno de los grandes aprendizajes de las experiencias Piloto. La socialización afectó en gran medida el clima laboral y dinámicas iniciales dentro de la residencia. Este aprendizaje está plasmado en los estudios de implementación, Thomas Bahle (2003: 5-7) ha señalado que el cambio institucional en los servicios sociales presentará variaciones en todos los países, de acuerdo con la herencia, los arreglos sociopolíticos e iniciativas institucionales. Bahle (2003) reivindica la particularidad de analizar los servicios "sociales" que están regulados por valores y normas que afectan el rol de los proveedores de servicios, así como el estado de los usuarios del servicio. Estos valores que los regulan pueden estar relacionados con acuerdos sociales sobre obligaciones familiares, valores cristianos, derechos de bienestar social u otros. Por tanto, es necesario ser culturalmente específico al estudiar la influencia de "instituciones" en el desempeño organizacional, porque el contexto institucional es definido por características idiosincrásicas, normas, valores e ideologías de las sociedades. Así, para comprender el proceso de institucionalización de este nuevo enfoque no se puede invisibilizar el legado del contexto institucional particular sobre el cual se instala.

Por ello, el cambio que parecía una “buena noticia”, resultó amenazante para los equipos y los usuarios, y no sin razón. En primer lugar, la desvinculación de aquellos equipos que fueron considerados no calificados para emprender esta tarea, afectó la relación vincular que las niñas, niños, y adolescentes tenían con el personal, y este aspecto en un modelo mejorado, debe ser resguardado en primer lugar porque atenta contra las relaciones significativas de las niñas, niños, y adolescentes, y en segundo lugar porque amenaza la marcha adecuada de la implementación en sus primeras etapas.

Para los equipos, el cambio resultó amenazante porque trajo el riesgo del desempleo, lo que derivó en predisponer el ambiente de la residencia en contra de la instalación del nuevo modelo. Esto fue muy claro en Maruri, y revertir esta disposición tomó tiempo y esfuerzo del primer equipo. Lo clave es preparar adecuada y delicadamente la transición.

Periodo de marcha blanca

Otra arista de aprendizaje es el periodo considerado como marcha blanca, en el sentido de los elementos que deben tenerse en cuenta y también por cuánto tiempo éste debiera extenderse. Los actores entrevistados coincidieron en que ambas experiencias contaron con un periodo de marcha blanca demasiado breve, que no les permitió “afiatarse” o conocerse como equipo, hacerse cargo de los detalles del funcionamiento previo a la recepción de los y las usuarias, así como tampoco vincularse con éstos en un proceso gradual. El cambio espacial y territorial para las niñas, niños, y adolescentes fue relevante, ya que como visibilizaron los profesionales de Maruri, implicó un quiebre en su sentido de pertenencia a la comunidad anterior, un aspecto importante de su identidad.

La desregulación inicial de las niñas, niños, y adolescentes dado por el cambio que significa la transición desde el tradicional modelo de crianza asistencial (con prácticas estrictas de control, supervisión y castigo) al nuevo paradigma de acompañamiento cuyo eje es el fomento de la autonomía es otro aspecto importante. En particular considerando que gran parte de ellos tuvo experiencias extensas de institucionalización bajo el modelo convencional. La experiencia de ambos equipos coincide respecto a haber experimentado enfrentar frecuentemente crisis y descontrol en las niñas, niños, y adolescentes en el periodo inicial. De ahí que sea relevante que el diseño del programa considere como un elemento clave de la intervención inicial el problematizar la transición y entregar herramientas específicas de adaptación a este nuevo enfoque.

5.9.2 Consideraciones sobre el engranaje institucional del modelo

Otro elemento contextual que no se explicita en el Modelo técnico es la estructura administrativa y de gestión institucional en la que se insertan los Pilotos. En el caso del Hogar de Cristo, esta estructura es compleja y ha permitido apoyar y monitorear la experiencia de los Pilotos. Al respecto, es muy relevante instalar la idea del análisis organizacional, desde la lupa de su estructura y las relaciones que en ella se tejen, y el contexto en el cual se instala, puesto que el significado y orden establecido por los actores organizacionales en interacción con su contexto institucional específico, determina los resultados de la implementación, esto porque las organizaciones están profundamente arraigadas en entornos sociales y políticos y sus prácticas reflejan o responden a convenciones sociales más amplias de esos contextos (Czarniawska 2008)

Esta estructura organizacional no estuvo operativa desde el comienzo de la implementación de los Pilotos, sino que adquirió la forma expuesta a los 5 meses de iniciada la implementación de las residencias piloto. El cambio de organización buscó tanto descentralizar la gestión incluyendo el cargo de jefes de operación territoriales por Región, a la vez que separar los roles de apoyo administrativo (radicado en los jefes de operación) de los técnicos (jefe técnico). Si bien ambas jefas de operaciones han apoyado técnicamente a los equipos, velando por el cumplimiento de los objetivos del área técnica, su rol central es apoyar los procesos administrativos y financieros. Esto ha implicado que ambas experiencias piloto hayan podido desentenderse de varios temas relativos a la gestión, además de estar apoyado de estas otras figuras que complementan la labor del supervisor externo.

Para comenzar el análisis, importa reconocer la estructura organizacional, que fue dibujada en la Ilustración 1. de este informe, donde se describe el esfuerzo del Hogar de Cristo trató de ajustar la

estructura a las necesidades de las residencias. Sin embargo, al conversar con los equipos, llama la atención que el apoyo administrativo brindado por parte del equipo central del Hogar de Cristo no se reconoce como tal, sino que se advierte un desbalance que entrega más tiempo a aspectos administrativos, en desmedro de dedicación a aspectos técnicos. Esto refleja el acierto de revisar la adecuación de la estructura organizacional de un sistema que, ya se ha señalado, no es estático. Sin embargo, el dinamismo del sistema superó la “oportunidad” del monitoreo de la eficiencia de esa estructura, y evidenció que para estas residencias la estructura operativa debe revisarse y ajustarse continuamente.

5.9.3 Adecuación de perfiles y funciones de cargo

La divergencia de opiniones sobre el perfil de cargo del tutor⁹ deja instalada la necesidad de identificar las competencias que debe tener alguien que ejecuta la importante labor de acompañamiento cotidiano de las niñas, niños, y adolescentes. La polarización en las recomendaciones sobre la profesión del tutor, son claramente indicativas que el perfil de cargo no tendría que ver tanto con el grado profesional sino más bien con otras competencias que deben desplegarse en el cotidiano de la crianza. El modelo revisado debe contar con un análisis fino sobre este punto.

El modelo incluyó dentro de sus innovaciones ciertas funciones tercerizadas, es decir no eran funciones ejecutadas por trabajadores de las residencias. La primera es la del supervisor externo, dos aprendizajes relevantes sobre este cargo, primero es que debe ser desempeñado por profesionales con una amplia trayectoria práctica en el sistema de protección especializado, y en particular de cuidado alternativo residencial, sumado a un trabajo analítico sobre esa experiencia. Segundo aprendizaje, es que esta función debe irse ajustando a las necesidades cambiantes de los miembros del sistema, por lo que aparece aquí nuevamente el valor de la flexibilidad para atender y entender el dinamismo de la organización que se asesora.

La segunda función tercerizada se refiere al rol del abogado, tal como se expuso en el apartado 5.6 sobre el apoyo legal, es preciso que el diseño del modelo modifique las labores de acuerdo al rol que actualmente cumple el abogado, esto es, sólo de asesoría legal a los equipos y ya no de representación legal a los niños, niñas y adolescentes (ya que esta función fue asumida por los abogados del Programa Mi Abogado). La jornada del abogado debiera adaptarse tanto a las fases del proyecto (marcha blanca, instalación) como al perfil específico de los y las usuarias (ya que la experiencia de Anita Cruchaga mostró ser más demandante para el abogado).

Por último, también se incluye dentro del modelo un presupuesto para la atención psicológica y psiquiátrica de los adolescentes, las cuáles son utilizadas cuando el sistema público del sector no responde a las necesidades, ya sea en cuanto a complejidad o en los tiempos requeridos.

⁹ Tras el análisis de los discursos llama la atención la problematización de los perfiles y funciones de cargo, específicamente al hablar de tutores/as, supervisor/a técnico y abogado/a. En el caso de los tutores, parece no haber consenso entre los actores respecto a qué profesiones son las más idóneas. Ya se mencionó cómo en el caso del Piloto Maruri, uno de los tutores es de profesión enfermero y aunque ésta no es sugerida en el perfil, ha sido un aporte en el funcionamiento de la residencia. Desde los equipos, se plantea la idea de que los psicólogos son la profesión más idónea, ya que debe tener herramientas para intervenir terapéuticamente en los y las NNA. Sin embargo, desde la gestión central del Hogar de Cristo se identifica que los terapeutas ocupacionales han mostrado tener herramientas idóneas para ejercer el cargo. El único punto en común es que más allá de la idoneidad de profesiones específicas la habilidad más importante es la capacidad vincular con los NNA.

5.9.4 El entorno organizacional

Un aprendizaje que acarreó un costo alto al piloto Anita Cruchaga es la necesidad de asegurar apoyo del contexto administrativo institucional para avanzar en el logro de los objetivos del programa. Dada la complejidad del perfil de las niñas de esta residencia, que en un porcentaje importante sufrían explotación sexual comercial infantil, la colaboración del intersector resultaba clave para avanzar en el trabajo de protección. Esta no es una necesidad nueva de los procesos de implementación. La creciente complejidad de los problemas sociales hace que las soluciones sean difíciles de manejar dentro de una autoridad o servicio público único. Lundin (2007) ha relevado el valor de la cooperación (o relaciones interorganizacionales) en el sector público, y la necesidad del intercambio entre actores de diferentes organizaciones o dominios profesionales dirigidos a resolver problemas públicos mediante trabajo asociativo en lugar de intervenciones separadas o secuenciales.

A pesar de la demanda de profesionales de diferentes agencias para trabajar por sobre los límites organizacionales establecidos, los logros colaborativos tienden a fallar (Hudson 2007). La colaboración parece estar condicionada por la interdependencia de recursos, la congruencia de objetivos y confianza. En lo que respecta a la dependencia de recursos, la colaboración se produce debido a la necesidad de superar la falta de recursos, que puede estar relacionada con los recursos financieros, así como con el personal, información, legitimidad, intereses políticos, autoridad u otros recursos.

La congruencia se refiere a intereses compartidos, los que actúan como poderosos facilitadores de la cooperación. A la vez, si los intereses y objetivos son divergentes, actúan como poderosos disuasivos de la cooperación (O'Toole 2003: 239). Por último, la confianza en el ámbito de la implementación de políticas se refiere a poder apoyarse en la declaración de otro actor sobre sus intenciones y compromisos finales en el proceso de colaboración, esto se ha definido como una condición para que las agencias trabajen juntas (Bardach 1998).

Lamentablemente, para el caso de Anita Cruchaga, esta colaboración intersectorial con el sistema judicial, fiscalía, apoyo en salud mental, compromiso del sistema educacional, fue inexistente en los primeros casos, y muy débil en los dos últimos. Si el sistema público de Chile no se compromete a trabajar colaborativamente en estos temas, el destino de niñas que enfrentan este tipo de problemáticas o similares, queda a la deriva. Esta es una responsabilidad pública que sólo quedó en manos de una institución que carece de los recursos necesarios para intervenir en todos los campos que era críticos, y que además dejó una incógnita sobre las intenciones y compromisos de las otras instituciones que debían actuar.

Respecto al perfil de los usuarios

Un elemento que emergió de las conversaciones respecto a los nodos críticos y obstaculizadores de la experiencia de implementación fue el cuestionamiento sobre el perfil de los usuarios y usuarias en dos sentidos. Primero, los actores problematizaron si las características del modelo se ajustan en la práctica al perfil “complejo” especificado por el Modelo técnico: “jóvenes entre 12 y 21 años, que han sido vulnerados gravemente en sus derechos, por lo que han debido ser separados de sus familias por una medida de protección dictada por el Tribunal de Familia”. La experiencia de los equipos ha mostrado que esta definición parece demasiado amplia. No considera que para las niñas, niños, y adolescentes con problemas cognitivos, con problemas severos de salud mental o -como demostró la experiencia de Anita Cruchaga- con antecedentes de abuso sexual o en redes de explotación sexual, el Programa no resulta idóneo.

En segundo lugar, la definición del perfil de usuarios y usuarias planteada por el modelo también parece amplia en el sentido que abarca una etapa de desarrollo amplia (12 a 21 años) sin especificar de qué manera la intervención debe adaptarse a las necesidades de los distintos grupos etarios. La pregunta anterior se vuelve especialmente relevante cuando los adolescentes transitan distintas etapas vitales, y las intervenciones requieren focos distintos. Este es el caso de la pregunta que se realizan los equipos sobre los requerimientos de intervención distintos en un adolescente que está transitando a la vida adulta.

La importancia del enfoque de género: la experiencia de Anita Cruchaga

La experiencia de Anita Cruchaga fue bastante diferente a la de Maruri. No sólo porque el Piloto de Anita Cruchaga terminó de manera imprevista a causa de un incendio cuyas circunstancias siguen siendo investigadas, sino porque el perfil de las niñas y adolescentes fue especialmente desafiante y de alta complejidad. En el caso de la experiencia de Anita Cruchaga, el perfil de adolescentes incluía conductas de riesgo, explotación sexual infantil, abuso de sustancias y escasez de redes familiares.

Los actores coinciden en que la política de puertas abiertas del modelo fue un punto crítico en el caso de Anita Cruchaga. Esta política en parte permitió que las usuarias se involucraran en redes de explotación sexual ubicadas en el entorno de la residencia, lo cual fue muy difícil de enfrentar para el equipo. Estas dificultades se explican por diversos obstaculizadores, algunos dados por la gestión (relativas a problemas de liderazgo, de consolidación del equipo, de la experiencia profesional y las decisiones de selección de personal, entre otros), pero, sobre todo, los actores atribuyen a un defecto del diseño del programa el no contemplar su adaptación a las necesidades de las niñas y adolescentes:

De esta manera, la experiencia del Piloto Anita Cruchaga evidenció la necesidad de que el Modelo técnico del programa especifique en mayor medida las implicancias prácticas de lo que significa adoptar un **enfoque de género**. Esta ambigüedad generó que el equipo innovara, adaptando las intervenciones al perfil de las niñas y adolescentes que fueron insuficientes y que a su vez también generó confusión y malestar en el equipo de trabajo. De acuerdo a la información levantada en el Informe 3 de este estudio, el equipo de Anita Cruchaga presentó un mayor cansancio emocional comparado con el de residencias del grupo de control. Pese a su esfuerzo, el mismo equipo pone en duda la calidad técnica de la intervención realizada con las usuarias, preguntándose incluso si este tipo de programa era el adecuado para las necesidades de ellas. Dichas limitaciones guardan relación con el equipo, pero también el soporte técnico que recibieron. De hecho, los profesionales requirieron la salida de la supervisora técnica, porque se estimó que no era capaz de orientar adecuadamente. Aun así, las entrevistadas reportaron haberse sentido sin un apoyo técnico óptimo, no sólo del supervisor externo, sino también del equipo de la gestión central del Hogar de Cristo. Otro aspecto para destacar es que, dado el perfil de las adolescentes de Anita Cruchaga, el abogado destinó más trabajo a dicha residencia, explicitando que se trataba de casos demandantes y activos, que requerían de manera regular intervenciones, informes, llamados o visitas. Desde la mirada del equipo, llama la atención que sus reflexiones planteen que la implementación del modelo incluso pudo haber sido perjudicial para sus usuarias, dado la falta de un efectivo enfoque de género. Posiblemente el peor bienestar que mostraron las usuarias de Anita Cruchaga pueda explicarse por diversos factores dados no sólo por las condiciones de la residencia Piloto, sino también por la complejidad de sus perfiles, entre otros.

5.10 Conclusiones de la evaluación de procesos

En síntesis, se identifica que gran parte de las innovaciones diseñadas desde el modelo técnico han sido implementadas por los equipos de manera exitosa, logrando impactar positivamente en el bienestar de

las niñas, niños, y adolescentes beneficiarios del programa. El cambio de paradigma, la profesionalización del equipo, la generación de un ambiente familiar, y el trabajo intensivo con la familia han sido ejecutados de forma fidedigna al diseño, logrando orientarse al cumplimiento de los objetivos del programa. No obstante, el análisis de las prácticas muestra que se deben adaptar y/o fortalecer las aristas de innovación relativas a la supervisión técnica, apoyo legal, cuidado de los equipos y acompañamiento post-egreso.

Entre las buenas prácticas, destaca que el **nuevo paradigma de intervención**, relativo al acompañamiento terapéutico ha logrado impregnarse en la rutina cotidiana de los equipos, generando cambios conductuales positivos en los y las usuarias del programa, tales como una mayor receptividad a las intervenciones, capacidad de vínculo, autonomía y participación dentro de la residencia. Dentro de los aprendizajes, los equipos relevaron que la implementación de este nuevo enfoque de intervención no fue fácil y exigió un periodo de marcha blanca, no sólo para la internalización de la teoría en la práctica, sino también para que todos los involucrados se familiarizaran con la nueva mirada, ya que contrasta en gran medida con la de una residencia tradicional.

Un problema clásico de la política pública diseñada desde una perspectiva racional es creer que basta con instruir una nueva forma de operar para que ello ocurra. Las perspectivas mixtas, que incluyen espacios de participación de los implementadores en el diseño o bien adaptación de los modelos, permiten la apropiación de los modelos, de las innovaciones. Por lo mismo, los **períodos de preparación para el cambio** deben ser participativos y considerarse una etapa crucial. Lo mismo sucede con los giros en la aproximación a los usuarios. No es posible pensar que basta con ofrecer colaboración para que usuarios que han sido tratados bajo la lógica de obligación, entren sin sospecha a estos nuevos escenarios. La comunicación abierta, respetando los ritmos de cada actor es fundamental para aproximarse exitosamente al cambio.

Otra arista de innovación relevante es la **profesionalización** de los equipos de intervención, que se traduce en la figura del tutor, de dos duplas psicosociales y en la incorporación de técnicos de día y de noche, reemplazando la figura de educadora de trato directo de una residencia tradicional. Se evidencia que este cambio ha significado brindar una mejor respuesta a los y las NNA, toda vez que las intervenciones se nutren de una mirada interdisciplinaria. Un aprendizaje importante en este ámbito es que la profesionalización por sí misma no asegura el éxito de la intervención. Aun cuando la formación profesional entrega herramientas valiosas de intervención, existe una “capacidad vincular” o una “afectividad consciente” que no está dada por un título profesional determinado, sino que se entiende como una habilidad social “blanda” que es identificada por los distintos actores entrevistados como el núcleo que posibilita relacionarse de manera significativa con los y las jóvenes y generar un vínculo reparador de sus experiencias de vulneración previas. La profesionalización del equipo plantea otros desafíos para la gestión, en términos de que exige prácticas de liderazgo horizontales, así como la generación de instancias que integren a los cargos no profesionales como elementos igualmente importantes dentro de la intervención.

La tercera línea de innovación analizada es el **ambiente familiar**, que otorga sustento material al modelo, a la vez que brinda a los y las usuarias más que una residencia, una *casa*. Las nuevas condiciones de habitabilidad resultaron inéditas tanto para el equipo como para las niñas, niños y adolescentes, quienes requirieron un periodo de ajuste para ir apropiándose de los espacios y acomodando sus dinámicas. Uno de los hallazgos de este estudio es que para las niñas, niños y adolescentes una de las características de la *casa* con mayor significado simbólico, fue la posibilidad de tener acceso libre a la cocina y a los insumos en ella. Aún más, el hecho de compartir cotidianamente en este espacio ha posibilitado el fortalecimiento de los vínculos entre los integrantes de la casa. Además, las niñas, niños y adolescentes relevaron que los espacios donde pueden obtener privacidad, como sus dormitorios y el baño, son los que más valoran

dentro de la casa. Por otra parte, los equipos destacaron la “política de puertas abiertas”- que busca emular las condiciones de una casa cualquiera- como un mecanismo clave para generar un ambiente familiar. Esta práctica ha demostrado funcionar de forma exitosa en el caso de la Residencia Maruri, porque los adolescentes han optado siempre por volver a la casa y adherir a las reglas de convivencia, pero no resultó así en la experiencia de la Residencia Anita Cruchaga, donde se experimentaron frecuentes abandonos del Programa.

El cuarto ámbito de innovación es el **trabajo intensivo de vinculación familiar**, para lo cual el modelo dispone de una dupla psicosocial dedicada exclusivamente a esta labor. Dentro de las buenas prácticas desplegadas por la dupla destaca la búsqueda activa de colaboración de las familias u otro adulto significativo para los y las usuarias, evitando una aproximación confrontacional, que es el estilo más habitual utilizado por las residencias tradicionales. Igualmente, el trabajo de la dupla ha mostrado implementar estrategias flexibles de adaptación a las necesidades de las familias. En cuanto a los desafíos, destacan dos. Primero, se identifica la necesidad de que el equipo completo refresque sus conocimientos sobre la importancia de brindar terapia familiar para asegurar el bienestar de las niñas, niños y adolescentes. En segundo lugar, los actores visibilizan la necesidad de un mayor reconocimiento de la labor de la dupla de familia, lo que posibilitaría una mayor coordinación e involucramiento de esta dupla en el diseño y monitoreo de la intervención de las niñas, niños y adolescentes.

Respecto a la quinta arista de innovación, relativa a la **supervisión técnica**, los equipos destacaron el acompañamiento y apoyo de la figura del supervisor externo en el periodo inicial del proyecto, en el cual fue clave para asesorar la toma de decisiones, brindar orientación sobre el diseño de las intervenciones y en el trato de las niñas, niños y adolescentes, y orientar a los equipos en las implicancias cotidianas del nuevo paradigma de intervención. Así mismo, el supervisor externo ha tenido un rol en el cuidado de los equipos, motivándolos a través de la estrategia de identificar los aspectos en los que es posible identificar mejoras y avances. En el caso de la Residencia Maruri, la figura del supervisor externo también fue clave en la primera etapa del proyecto para asesorar y reforzar el liderazgo del Director. Sin embargo, los resultados muestran que una vez que el equipo adquiere una cierta maduración, parece prescindir en gran medida del apoyo del supervisor externo.

El **apoyo legal**, que se traduce en la incorporación de un abogado/a al equipo de la residencia, es otra innovación del modelo. Son dos las funciones que inicialmente cumplió el abogado: (i) la representación legal de los y las usuarias y (ii) la asesoría legal a los equipos y familias u otros significativos de los usuarios y usuarias. Los hallazgos muestran que la función de representación legal de las niñas, niños y adolescentes (i) ya no está operativa, debido a la aparición del Programa Mi Abogado que asumió esta función. Así, el abogado sólo cumple la segunda función (ii), lo que es identificado por los equipos como un facilitador, ya que ha permitido acelerar los procesos de diseño y monitoreo de los planes de intervención y ha facilitado la comunicación con tribunales de familia. Así mismo, el equipo ha valorado la participación del abogado en instancias de capacitación interna. De forma similar a lo que ocurre con la innovación anterior, también en este caso se observa una trayectoria decreciente de valoración de los equipos respecto a esta figura. Aunque inicialmente fue clave, una vez instalado el modelo, el equipo considera que su aporte es secundario.

El séptimo ámbito en que la propuesta de este Programa busca marcar la diferencia es en el **cuidado de los equipos**. La conformación de equipos estables se identifica como determinante de la calidad del cuidado brindado a los usuarios y usuarias, ya que implica que los trabajadores generen vínculos sólidos con los NNA y a la vez, que acumulen experiencia y conocimiento relativos al trabajo con las niñas, niños y adolescentes vulnerados gravemente en sus derechos. Dentro de las buenas prácticas, destaca el buen trato percibido por los trabajadores, mejores condiciones laborales en comparación a una residencia

tradicional y el liderazgo inclusivo desplegado por el Director de Maruri. Sin embargo, ciertos indicadores como el desgaste emocional y la rotación del personal evidencian que urge fortalecer las estrategias y mecanismos de cuidado de los equipos. De forma concreta, los miembros del equipo problematizaron como insuficientes las jornadas actuales de la dupla de residencia y de familia, así como el salario de los técnicos de día y noche. Al mismo tiempo, se plantea que se debe considerar a los equipos en la planificación de instancias de autocuidado que les hagan sentido.

El último ámbito de innovación sistematizado es el **acompañamiento post-egreso** de los usuarios y usuarias. Se identificó que los profesionales se han centrado en el desarrollo de habilidades para el egreso, entendiéndolo como un objetivo transversal de los planes de intervención y eje central del nuevo paradigma de intervención. En el caso de Maruri, se observa que adolescentes no sólo han adherido al Programa, sino que también han logrado construir proyectos de vida positivos, en el sentido de que muchos tienen expectativas de continuar con estudios superiores. De hecho, algunos de ellos ya están insertos en instituciones de educación superior u en el proceso de admisión a éstas. Sin embargo, los hallazgos muestran que este ámbito de innovación es en el que ha existido más distancia entre la implementación y lo contemplado por el diseño del programa. En primer lugar, esta brecha se explica porque el modelo técnico no es lo suficientemente claro en definir los lineamientos prácticos en relación a las acciones posteriores al egreso. En segundo lugar, resulta problemático que el modelo sólo considera el egreso asociado a la mayoría de edad o posterior al término de los estudios superiores, pero no considera otras causas de egreso que han ocurrido, relativas al egreso de usuarios considerados de un perfil no acorde a la residencia (o “demasiado complejos”) o egresos debido a problemas de convivencia al interior de la residencia. Adicionalmente, la experiencia de los equipos evidencia que existe cierta burocratización en la toma de decisiones respecto a las acciones post-egreso, lo que genera ansiedad en las niñas, niños y adolescentes y en los equipos. Lo anterior es especialmente relevante porque un número importante de los adolescentes de Maruri ya son mayores de edad o están próximos a serlo.

Por último, los equipos relevaron **otros aprendizajes** que son cruciales tanto para el despliegue de las distintas líneas de innovación como para el funcionamiento del modelo en su conjunto. Destacan una serie de consideraciones para la instalación del proyecto- relativas a la selección del personal, **capacitación, socialización y periodo de marcha blanca** que debieran incorporarse dentro de una guía práctica para la replicabilidad de la experiencia. Lo mismo sucede respecto a la reflexión del perfil de usuarios y usuarias que efectivamente se adaptan a las características del modelo.

Pero sin duda uno de los aprendizajes más importantes obtenidos a partir de la experiencia Piloto en Anita Cruchaga, ha sido la importancia de adoptar un “verdadero” **enfoque de género**. Esto porque, aunque este enfoque se consideró a nivel declarativo en el modelo técnico, en la práctica estos lineamientos no fueron suficientes ni se adaptaron a las necesidades de las niñas, niños y adolescentes.

Un aspecto de gestión no menor radica en el engranaje institucional en que se han insertado ambas experiencias Piloto. Por último, la implementación de la experiencia evidenció que se requiere adecuar la definición de ciertos perfiles y funciones de cargo referentes a tutores/as, supervisor/a técnico y abogado/a.

6 Evaluación de resultados

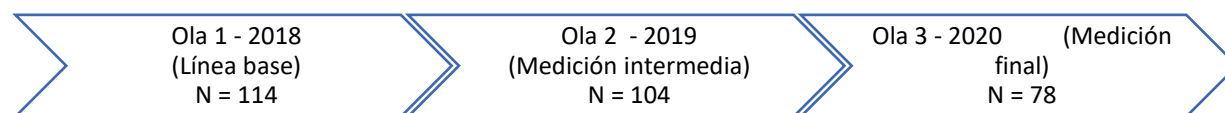
Este capítulo presenta los resultados del programa piloto de residencias de protección niños, niñas y adolescentes impulsado por el Hogar de Cristo, respondiendo al objetivo específico de evaluar la intervención psicosocial realizada, a casi tres años de su implementación. A través de una metodología cuantitativa longitudinal, se analiza en perspectiva el desempeño del programa. Estos resultados resaltan la perspectiva de los y las niñas, niños, y adolescentes beneficiarios de residencias de protección y de sus cuidadores. A continuación, se presenta brevemente la metodología del estudio y resultados.

6.1 Metodología

6.1.1 Diseño metodológico

Este estudio tiene un carácter longitudinal y prospectivo, pues se realizó un seguimiento de una cohorte¹⁰ de niñas, niños, y adolescentes en el tiempo. Específicamente, se realizaron mediciones en 3 momentos: Al momento del ingreso de los usuarios al Programa Piloto (Ola 1, realizada entre abril y septiembre de 2018), una aplicación intermedia (Ola 2, entre mayo y diciembre de 2019), y una aplicación final (Ola 3, entre agosto y octubre de 2020).

Ilustración 2: Olas del estudio

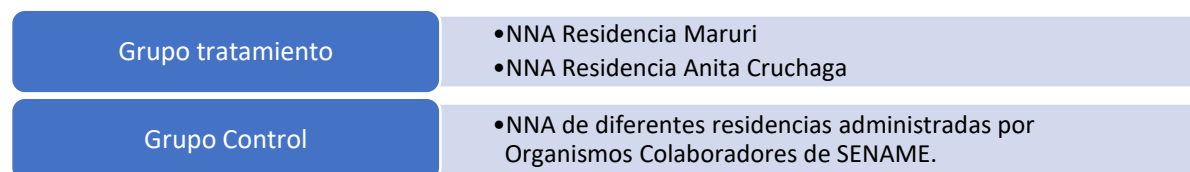


Fuente: Elaboración propia

Unidad de análisis

Con el objetivo de evaluar los resultados del Programa Piloto con parámetros de referencia, se decidió incorporar tanto a niñas, niños, y adolescentes usuarios del Programa Piloto (en adelante, Grupo de tratamiento), como a niñas, niños, y adolescentes que residen en otras residencias de Organismos Colaboradores del SENAME (en adelante, Grupo de control). De esta manera, la unidad de análisis del estudio son los y las niñas, niños, y adolescentes pertenecientes a una muestra de residencias de protección.

Ilustración 3: Grupos de análisis



¹⁰ Con cohorte se refiere a un grupo de personas que participan de un determinado suceso. En este caso, se refiere al grupo de adolescentes que participaron del estudio y conforman la muestra.

Fuente: Elaboración propia

Unidades de observación

Las unidades de observación del estudio son tres:

- ✓ Niñas, niños, y adolescentes de residencias de protección;
- ✓ Cuidadores de residencias de protección;
- ✓ Directores de residencias de protección.

Para cada una de estas unidades se elaboraron encuestas particulares, con la finalidad de levantar información de interés y luego triangular resultados.

6.1.2 Trabajo de campo

El equipo a cargo del levantamiento de los datos estuvo compuesto por una coordinadora de terreno y tres encuestadoras, psicólogas clínicas de profesión. El equipo de terreno realizó una supervisión acuciosa y semanal de la consistencia de las respuestas y completitud del cuestionario durante cada periodo de levantamiento de datos. Durante los meses de agosto, septiembre y octubre se realizaron las encuestas con los niños, niñas, y adolescentes.

Tabla 3: Calendarización del proceso de terreno de 2019

Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Selección y capacitación	Terreno con directores, cuidadores y niñas, niños, y adolescentes		

Fuente: Elaboración propia.

El trabajo de campo se enfrentó a tres inconvenientes contextuales que afectaron el levantamiento de información durante la Ola 2 y 3, y se deben tener en consideración:

- El primer inconveniente surgió a comienzos de octubre de 2019, mientras se realizaba la segunda medición (Ola 2). Esto porque ocurrió un incendio en las instalaciones de la Residencia Anita Cruchaga que obligó a terminar con este piloto. Cabe destacar que las adolescentes fueron trasladadas a otros programas, mientras que otras egresaron con sus familias o terceros. De ahí que, aunque se logró re-contactar a algunas (n=6) niñas, niños, y adolescentes ex-usuarias de Anita Cruchaga durante la Ola 3, el análisis de resultados decidió excluir a este grupo para los efectos de este informe, principalmente debido a que al no ser ya beneficiarias del Programa Piloto, no pueden considerarse como parte del grupo de tratamiento.
- El segundo inconveniente fue la crisis social del 18 de octubre de 2019. Este contexto atrasó sustantivamente el procesamiento y análisis de los datos de la Ola 2. Esto porque todo el país vio paralizadas sus actividades y/o modificadas sus rutinas, lo que incluye por su puesto el funcionamiento de las Residencias y de la Universidad Católica, a cargo de la realización del estudio.
- El último imprevisto tuvo lugar en marzo de 2020, dada la pandemia originada por el virus COVID-19. Esto afectó en gran medida la medición de la Ola 3, dadas las estrictas restricciones de

contacto y movilización que afectaron a todos los y las residentes del país. Se decidió realizar la Ola 3 a través de una modalidad de video llamada y se decidieron acortar de manera considerable los instrumentos con tal de disminuir el tiempo destinado a la encuesta. Asimismo, es necesario mencionar que una residencia del grupo control (R6) decidió no participar del proceso durante el presente año, dado las dificultades que estaban atravesando por la pandemia. Aun así, se logró recontactar a dos adolescentes que ya habían egresado y con quien se realizó el seguimiento.

6.1.3 Cambio de enfoque: desde una evaluación de impacto a una evaluación de resultados

Realizar una evaluación de impacto del Programa Piloto desde un comienzo fue una tarea desafiante, considerando que el número de beneficiarios era acotado. En el desarrollo del estudio surgieron nuevos desafíos, como el cierre de una de las residencias Piloto (Anita Cruchaga) a causa de un incendio, a lo que se suma grados importantes de atrición de la muestra ante las dificultades de contacto y seguimiento por la pandemia. Estos hechos afectaron la implementación de los pilotos y su efecto en las niñas, niños, y adolescentes, y hacen que sea más difícil estimar el impacto de la intervención o atribuirlo exclusivamente a la intervención del Hogar de Cristo. En acuerdo con el Hogar de Cristo, se decidió adaptar la estrategia metodológica y hacer una evaluación de resultados. Los resultados no pretenden inferir si los cambios observados en el tiempo son atribuibles exclusivamente al Programa Piloto, pero permite identificar tendencias y comparaciones descriptivas que entregan información valiosa sobre el desempeño del programa y las trayectorias de las niñas, niños, y adolescentes.

6.1.4 Plan de análisis

El plan de análisis busca evaluar el programa piloto de residencias de protección niños, niñas y adolescentes en términos de procesos, resultados de la intervención psicosocial, incluyendo las siguientes dimensiones:

- ✓ Bienestar subjetivo de los jóvenes
- ✓ Salud mental de los jóvenes
- ✓ Logros educacionales en los jóvenes
- ✓ Inclusión social de los jóvenes
- ✓ Vinculación familiar de los jóvenes
- ✓ Riesgo de desprotección de los jóvenes en relación con el sistema judicial
- ✓ Percepción (confianza, credibilidad) entre actores relacionados: sistema judicial, SENAME, sistema de salud, entre otros.

Para el análisis de datos se utilizó el software Stata (versión 15), con el cual se llevó a cabo una descripción de la muestra y un análisis descriptivo bivariado entre las distintas variables del estudio. Para asegurarnos que los resultados sean confiables analizamos los resultados usando tests de permutación, que permite descartar que la diferencia observada entre tratamiento y control se deba únicamente a la asignación de un NNA a tratamiento o control. Este test funciona bien para muestras pequeñas como la de este estudio. En la práctica, la distribución del estadístico se estima calculando todas las posibles reorganizaciones de las observaciones en los grupos de intervención y control. Finalmente se estima si la diferencia observada es estadísticamente distinta a la calculada con test de permutación. Además, agrupamos los errores

estándar por clusters a nivel de residencia. Los coeficientes que muestran las tablas controlan además por la misma variable rezagada (en la línea de base) y por la edad de niñas, niños, y adolescentes.

Los coeficientes se interpretan como en una regresión lineal, y muestran el impacto del primer año de implementación del programa piloto de residencias del Hogar de Cristo en diversos indicadores de calidad de vida, bienestar, y salud de las niñas, niños, y adolescentes, en comparación aquellos en residencias de control. Los coeficientes muestran correlaciones parciales, es decir, controlando por edad y por el resultado del mismo indicador en la línea de base. El coeficiente muestra el efecto del programa y, por lo tanto, debe ser el punto de partida en el análisis. Los resultados deben ser interpretados con cautela, ya que en la mayoría de los casos no se alcanza significancia estadística. Esto significa que no hay evidencia suficiente para estar seguros de que el efecto es distinto de cero, en buena parte debido a que la muestra es pequeña. Finalmente, los puntajes de las escalas y sub-escalas utilizadas por lo general están estandarizados¹¹, con el objetivo de comparar de manera rigurosa los grupos de interés.

6.1.5 Consideraciones relevantes respecto a la desagregación de datos y periodos estudiados según subpoblaciones

Debido a que el objetivo del análisis de datos es evaluar el desempeño del programa, interesa identificar -a la luz de diversos indicadores- las diferencias entre los **grupos de tratamiento y control**. Considerando que la intervención y los perfiles de niñas, niños, y adolescentes varía según género, también los resultados se presentan diferenciados según **población masculina y femenina**.

Como resultado de ambas consideraciones, **se tomó la decisión de que el periodo de evaluación para la población masculina y femenina fuera distinto**. Esto debido a que a causa de que el incendio puso fin al Programa Piloto Anita Cruchaga de forma temprana, para las niñas, niños, y adolescentes mujeres se considera sólo el análisis de las olas 1 y 2, ya que es en este periodo donde estuvieron expuestas a la intervención del programa. En cambio, se analizan los datos para la población masculina que participó en las olas 1, 2 y 3.

Con todo, los resultados se presentan generalmente desagregados según: ola, grupo de tratamiento y control, sexo, y edad (sólo cuando es relevante). Debido a que los resultados expuestos en este informe no son sustantivamente diferentes del último informe (Informe 3, que incluyó resultados de las olas 1 y 2) en lo que concierne a la población femenina, se decidió exponer sólo los puntos más importantes del análisis para este subgrupo.

6.1.6 Muestra lograda

La muestra se compone por un total de 78 niñas, niños, y adolescentes participantes de las 3 olas del estudio (

¹¹ Por ejemplo, una puntuación de 0,18 quiere decir que el grupo en cuestión en promedio está a 0,18 desviaciones estándares de la media.

Tabla 4: Caracterización sociodemográfica de la muestra

). Esto implica una atrición¹² de un 32%, ya que en la línea de base u ola 1, participó un total de 114 niñas, niños, y adolescentes. Del total de niñas, niños, y adolescentes entrevistados en las 3 olas del estudio, un 79% (N=62) de los participantes conforma el grupo de control y un 21% (N=16) el de tratamiento. Este tamaño muestral explica en parte que la mayoría de las diferencias observadas no resulten estadísticamente significativas.

¹² La atrición refiere al porcentaje de la muestra que abandona el estudio longitudinal.

Tabla 4: Caracterización sociodemográfica de la muestra

Grupo	Control		Tratamiento		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Mujer	24	38,7%	6	37,5%	30	38,5%
Hombre	38	61,3%	10	62,5%	48	61,5%
Tramo etario						
9 a 12 años	1	1,6%	0	0,0%	1	1,3%
13 a 16 años	32	51,6%	6	37,5%	38	48,7%
17 a 20 años	29	46,8%	10	62,5%	39	50,0%
Con quien vive actualmente						
Residencia	47	75,8%	10	62,5%	57	73,1%
Familia nuclear	6	9,7%	3	18,8%	9	11,5%
Familia extensa	2	3,2%	2	12,5%	4	5,1%
Solo/a	2	3,2%	0	0,0%	2	2,6%
Con amigos	2	3,2%	0	0,0%	2	2,6%
Tercero significativo	3	4,8%	0	0,0%	3	3,8%
Otro	0	0,0%	1	6,3%	1	1,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan porcentajes de columna.

La mayoría participantes (Tabla 4) son de sexo masculino (62%). Observamos mayores tasas de atrición en la población femenina, quienes han sido más difícil de recontactar, han demostrado mayor rotación entre programas y/o mayores tasas de abandono. La mitad de los participantes tienen entre 17 a 20 años de edad, lo que se explica en gran medida debido al efecto de cohorte del estudio. Pese a la composición etaria, la mayoría de la muestra no había experimentado una reunificación familiar al momento de la última ola del estudio. La gran mayoría reportó estar viviendo en la residencia (73%), mientras que sólo alrededor de un 17% dijo estar viviendo con su familia nuclear o extensa. Es mayor el número de niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento que dice estar viviendo con su familia nuclear o extensa en comparación al grupo de control, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 5 Encuestas realizadas el 2020

Residencia		Niñas, niños, y adolescentes	Cuidadores	Director
Residencia Piloto	Maruri	10	10	1
	Anita Cruchaga	6	5	1
Control HdC	Arica	1	1	1
	Hatary	5	4	1
	Rimanakyu	2	3	1
Control otras OCAS	R6	6	6	1
	R7	8	8	1
	R8*	2	2	0
	R9	10	12	1
	R10	12	13	1
	R11	12	11	1
	R12	5	4	1
Total		78	78	11

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la información proporcionada a través del seguimiento y que se puede ver en la Tabla 6 es posible dar cuenta que 66 de los 114 adolescentes del estudio seguían en residencia, mientras que 24 habían sido egresados (la mayoría con algún miembro de la familia nuclear o extensa). Asimismo, 6 adolescentes fueron trasladados a otras residencias, 9 fueron reportados como en abandono y 9 en programa de Acercamiento Familiar.

Tabla 6: Estado residencial de los niñas, niños, y adolescentes para la segunda ola

Estado	Niñas, niños, y adolescentes
En Residencia	66
Egresados	24
Traslados	6
En abandono	9
Programa de Acercamiento Familiar	9

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 7

Tabla 7 presenta las encuestas realizadas a los niños, niñas, y adolescentes disgregadas por género e incluyendo las tasas de re-encuestaje de cada residencia. De acuerdo con las cifras presentadas, se realizaron 48 encuestas a hombres y 31 a mujeres, dando un total de 79 encuestas realizadas. Como es posible visualizar, la residencia de Maruri cuenta con una tasa de recontacto alta (91%), ya que todos los adolescentes, a excepción de uno que fue trasladado, siguen en la residencia y pudieron volver a ser encuestados. Por otra parte, también fue posible volver a encuestar a 6 de las 10 adolescentes que fueron trasladadas o egresadas de Anita Cruchaga posterior al incendio.

Tabla 7 Encuestas de niñas, niños, y adolescentes realizadas el 2020 y tasa de re-encuestaje

Residencia		NNA		Realizadas el 2020	Realizadas el 2018	% de Re-encuestaje
		Hombres	Mujeres			
Residencia Piloto	Maruri	10	-	10	11	91%
	Anita Cruchaga	-	6	6	10	60%
	Arica	-	1	1	4	25%
Control HdC	Hatary	5	-	5	8	63%
	Rimanakyu	-	2	2	8	25%
Control otras OCAS	R6	2	4	6	9	67%
	R7	8	-	8	9	89%
	R8*	-	2	2	8	25%
	R9	6	4	10	12	83%
	R10	9	3	12	13	92%
	R11	8	4	12	13	92%
	R12	-	5	5	9	56%
Total		48	31	78	114	

Fuente: Elaboración propia.

Por último, un aspecto que se requiere recalcar, son las diferencias en las tasas de re-encuestaje, que preocupan al equipo de investigación. Es posible dar cuenta, que, de manera sistemática, las mujeres son más difíciles de recontactar a lo largo del estudio. De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 8 Tabla 8 la tasa de re-encuestaje de hombres es de 83%, mientras que la de las mujeres desciende al 55%.

Tabla 8 Tasa de re-encuestaje por hombres y mujeres

Tasa de Re-encuestaje	%
Mujeres	55%
Hombres	83%

Fuente: Elaboración propia.

Las tasas de re-encuestaje son aún menores en aquellas residencias sólo de mujeres, en comparación a las residencias mixtas. En las residencias mixtas y de hombres, las tasas de re-encuestaje son similares (84% y 81% respectivamente). Por el otro lado, la tasa de re-encuestaje decrece sustancialmente al mirar las residencias de mujeres, las cuáles son en promedio de un 38%. Hay que considerar, que la R6 corresponde a una residencia de mujeres que decidió no participar del estudio, por lo que la tasa de re-encuestaje fue menor no por desconocer el paradero de las adolescentes, sino porque estas seguían en la residencia y no se contó con el consentimiento. Aun así, dicha residencia logra un 25% de re-encuestaje por adolescentes egresadas, lo cual es igual a ambas residencias de mujeres del Hogar de Cristo que participaron del grupo de control: Arica y Rimanakuy. Llama la atención que la tasa de re-encuestaje de las residencias del grupo de control del Hogar de Cristo sea de un 38%, siendo consistentemente las más bajas de los controles. Lo anterior, en parte, debido al desconocimiento del paradero de las niñas, niños, y adolescentes, falta de teléfonos de contacto o redes a quienes contactar. Paradójicamente, la tasa de re-encuestaje más alta en las residencias de mujeres fue en Anita Cruchaga, puesto que se pudo realizar el seguimiento con la información con la que se contaba, dando cuenta de que el equipo contaba con información relativamente completa para el seguimiento.

Tabla 9 Tasa de re-encuestaje por tipo de residencia

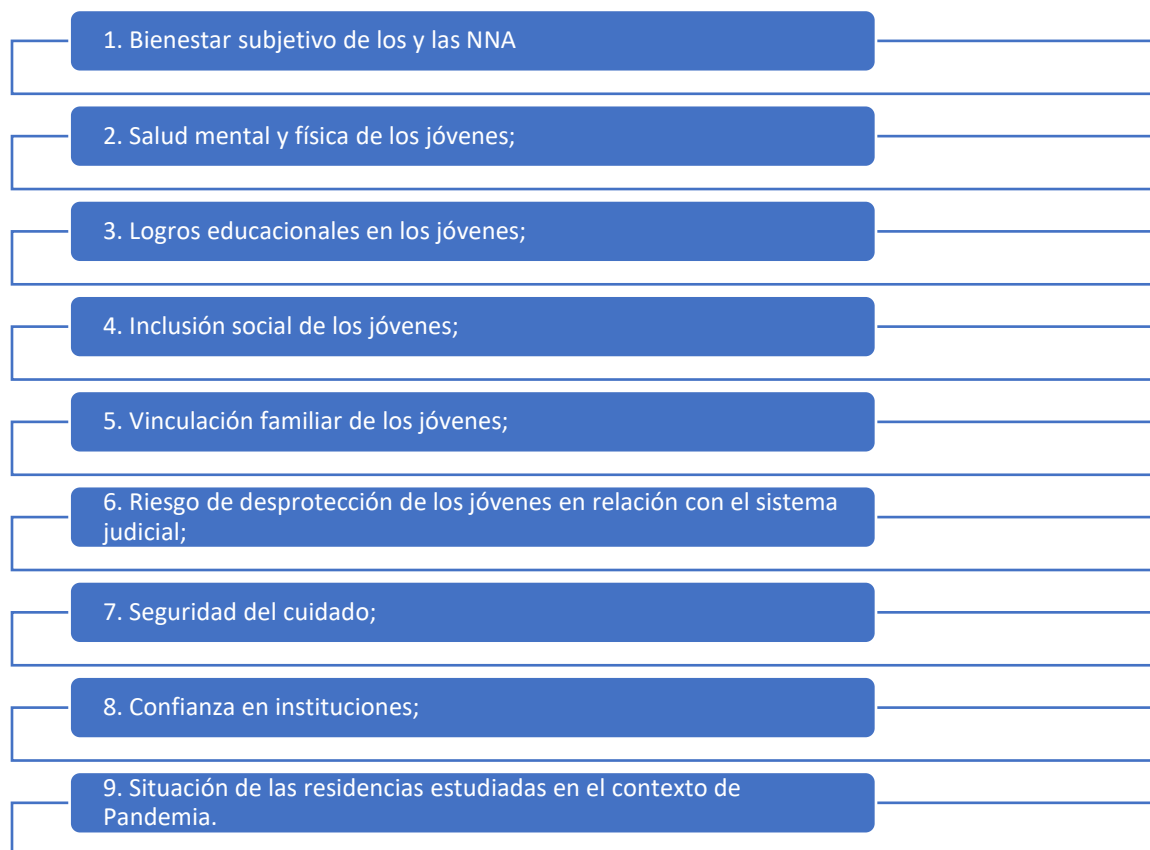
Tasa de re-encuestaje	%
Residencias mixtas	84%
Residencia de hombres	81%
Residencia de mujeres	38%
Residencias Control HdC	38%

Fuente: Elaboración propia.

6.2 Resultados

Los principales resultados del estudio se organizan en torno a nueve dimensiones de análisis, expuestas en la Ilustración 4.

Ilustración 4: Dimensiones de análisis



Fuente: Elaboración propia

6.2.1 Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo de los y las niñas, niños, y adolescentes es un ámbito clave de evaluación, que se aborda en este estudio desde cuatro dimensiones principales:

- Calidad de vida
- Relación del niñas, niños, y adolescentes con el cuidador o la cuidadora
- Autopercepción
- Uso del tiempo libre

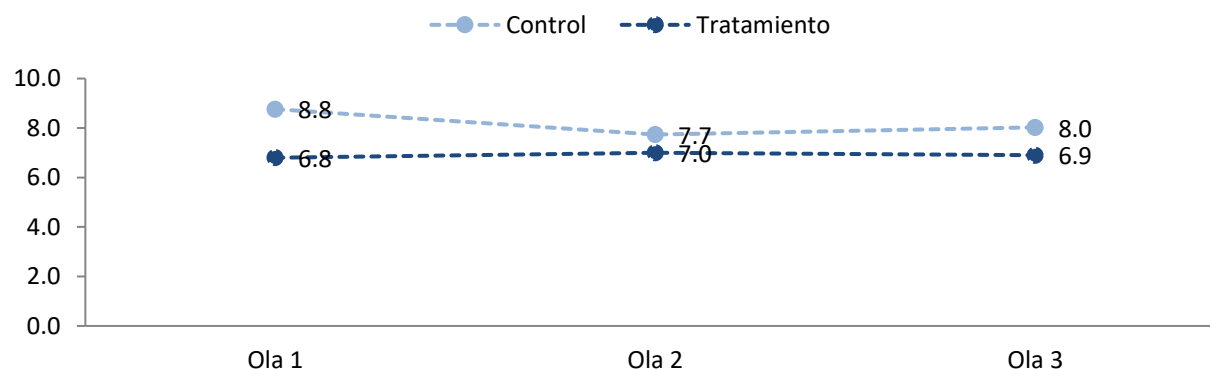
Calidad de vida

Para calidad de vida se utiliza el instrumento *Personal Wellbeing Index (PWI)* o Índice de Bienestar Personal, que evalúa el bienestar subjetivo del adolescente a través de la apreciación que hace respecto

a la satisfacción con la vida y distintas dimensiones de bienestar. Entre estas se distinguen dimensiones que se refieren a posesiones materiales, seguridad, salud, autoestima, coherencia entre expectativas y valores, visión sobre el futuro y las relaciones con otras personas. Consta de un autoinforme compuesto por 8 ítems de tipo Likert. Esta escala ha sido validada en adolescentes chilenos y en población vulnerable en sus derechos, dando cuenta de medidas adecuadas de validez y confiabilidad (Oyanedel, Vargas, Mella, Páez, 2015). Se debe tener en cuenta que el índice completo (con todas sus dimensiones) se utilizó en las olas 1 y 2; mientras que en la ola 3 sólo se incorporó la pregunta general sobre satisfacción con la vida (que considera una escala de 0 a 10, donde 0 es muy triste y 10 muy contento/a).

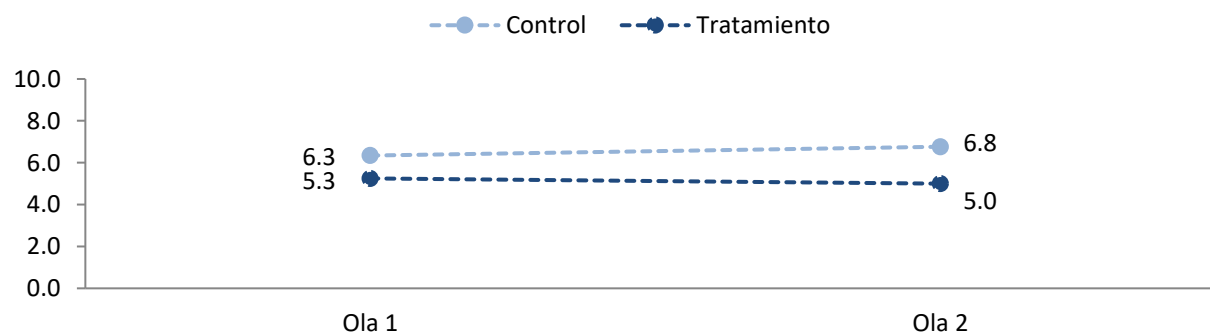
A continuación, se presentan primero los resultados sobre satisfacción con la vida en general y luego los que consideran todas las dimensiones del índice PWI. Primero, respecto a la población masculina en estudio (Ver Gráfico 1), en promedio las niñas, niños, y adolescentes tienen una satisfacción con su vida de 7,5 sobre una escala de 10 puntos. Respecto a la diferencia por grupos, **llama la atención que el grupo de control mostró una mayor satisfacción con su vida en general (con un puntaje de 7,7 o superior) que el grupo de tratamiento en las distintas mediciones (con un puntaje igual o menor a 7 puntos)**. No obstante, mientras el grupo de control disminuye su satisfacción en el tiempo, en el grupo de tratamiento se observa que la satisfacción no sufre mayores cambios según ola.

Gráfico 1: ¿Cuán feliz eres con tu vida en general? según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 2: ¿Cuán feliz eres con tu vida en general? según grupo y ola - Mujeres



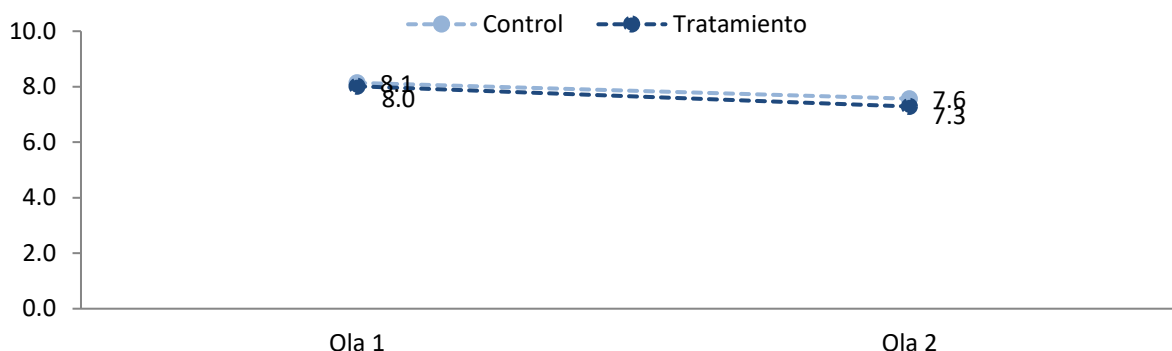
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

Los resultados del índice PWI considerando todas sus dimensiones (disponibles solo para olas 1 y 2)- Ver Gráfico 3- sugieren que no existen diferencias importantes entre el grupo de tratamiento y control respecto al puntaje promedio. En el caso de ambos grupos se observa un menor puntaje de bienestar en la Ola 2 respecto a la primera medición. El único grupo que presenta estabilidad en su bienestar es el grupo de control femenino (Gráfico 4), mientras que el grupo de tratamiento femenino disminuyó su puntaje de PWI entre la Ola 1 y 2.

Factores que pueden explicar estos resultados se asociarían, en el caso de las adolescentes, a la situación de explotación sexual a la que se vieron expuestas, y su combinación con el uso de drogas. El estudio de Somers et al. (2016) señala que el uso de drogas a temprana edad es una conducta de riesgo para la conducta sexual promiscua, estas conductas presentes en el grupo de mujeres, y son definidas por Van den Steene, Glazemakers & Van West (2016) como problemas que afectan el desarrollo personal e integración social de adolescentes en cuidado alternativo.

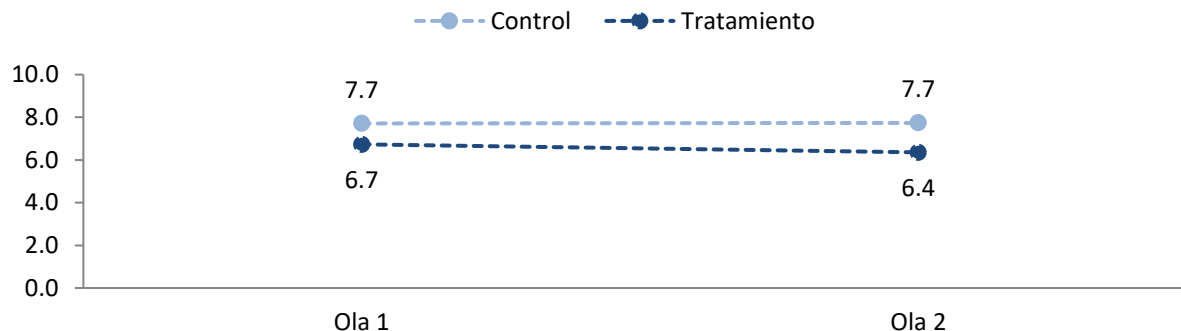
De acuerdo a la información cualitativa levantada las adolescentes en residencias enfrentan riesgos específicos por su género, así como mayores dificultades físicas y de salud mental, así como peores resultados que los adolescentes. Durante la adolescencia las niñas enfrentan dificultades simultáneas en varios dominios de su vida: el rápido crecimiento biológico, social y psicológico, lo que hace más potente su impacto en la vida diaria y la autopercepción: salud mental, uso de drogas, delincuencia, violencia intrafamiliar, y en el adecuado ejercicio de la parentalidad. Como las dificultades se sobreponen unas a otras, un evento que podría ser agudo corre el riesgo de convertirse en crónico. Indudablemente, estas situaciones afectan la percepción de bienestar subjetivo. La sugerencia de Van den Steene, Glazemakers & Van West (2016) es el reconocimiento de cómo se configuran estos problemas y cómo interactúan las dificultades específicas que cada adolescente enfrenta en su trayectoria vital para que el plan de cuidado en la residencia se oriente por este análisis y pueda establecer cuáles son las prioridades para ser abordadas.

Gráfico 3: Bienestar Subjetivo (Escala PWI) según grupo y ola - Hombres (Promedio)



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 9. N control = 33.

Gráfico 4: Bienestar Subjetivo (Escala PWI) según grupo y ola - Mujeres (Promedio)



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 35.

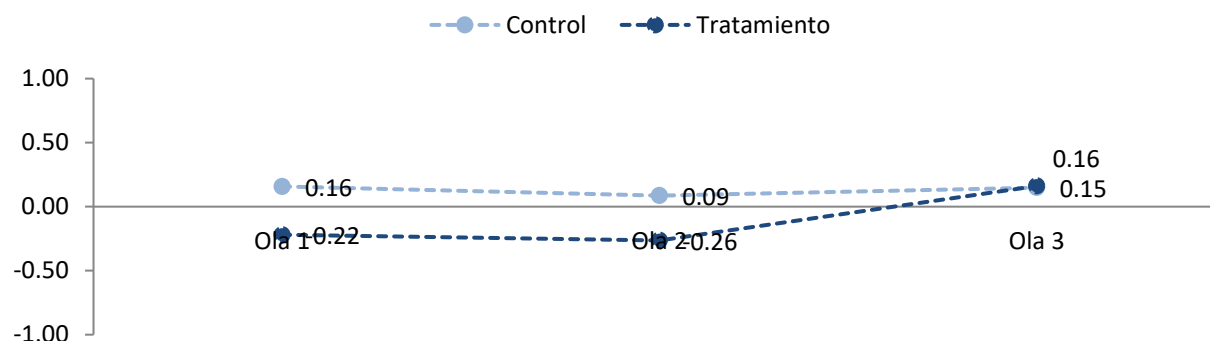
Relación con el cuidador/a y residencia

La relación con los cuidadores y cuidadoras es una dimensión del bienestar subjetivo de los y las jóvenes que se aborda desde una subescala del cuestionario Kid Screen. Ésta considera 6 aspectos: (i) ¿Tienes cuidadores/familiares que te entienden?; (ii) ¿Te has sentido querido por tus cuidadores/familiares?; (iii) ¿Te has sentido feliz en tu hogar?; (iv) ¿Tus cuidadores/familiares han tenido suficiente tiempo para ti?; (v) ¿Tus cuidadores/familiares te han tratado de manera justa?; (vi) ¿Has podido hablar con tus cuidadores/familiares cuando querías). Así, la subescala de relación con la residencia es el resultado de la estimación de un indicador sumativo que considera los seis ítems antes señalados. Para calcular la escala, se contemplaron sólo los casos que respondieron todos los (6) ítems, se estandarizaron los valores y luego se calculó un promedio. Los gráficos a continuación exponen el puntaje promedio de la subescala construida.

Respecto a la población masculina en estudio, **los resultados muestran que de forma consistente con el pasar del tiempo (Ver Gráfico 5), las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control tienen una mejor relación con los cuidadores en comparación con el grupo de tratamiento.** No obstante, la brecha entre estos grupos va disminuyendo en el tiempo, ya que en la Ola 1 alcanzaba 0,38 desviaciones estándar, luego baja a 0,35 y en la Ola 3 la diferencia casi se anula (0,01 desviaciones). Al desagregar estos resultados por grupos etarios (Ver Gráfico 6 y Gráfico 7), **se evidencia que el grupo de menor edad (entre los 11 y 16 años) reportan una mejor relación que los de mayor edad (entre los 17 y 20 años), lo que es cierto para el grupo de tratamiento y de control, especialmente considerando la última medición.**

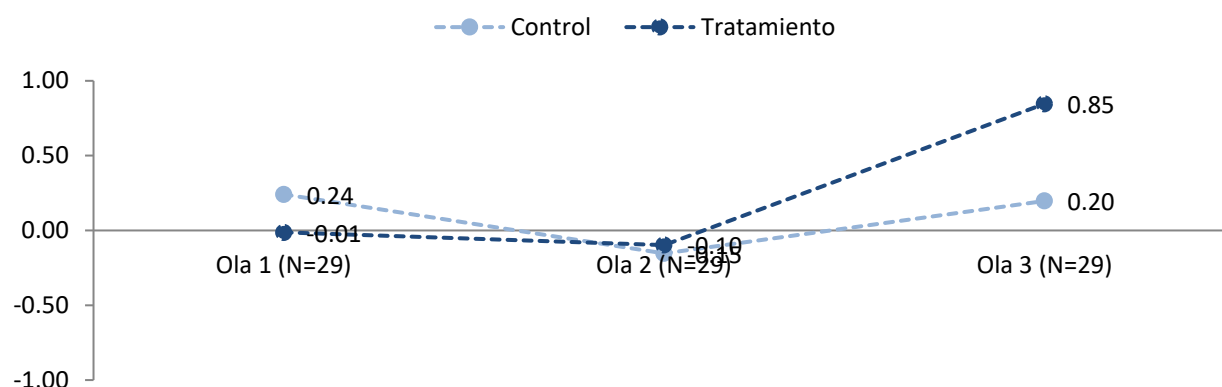
Los resultados además dan cuenta que el grupo de tratamiento de mayor edad parece no haber cambiado su percepción sobre su relación con el o la cuidadora principal con el pasar del tiempo, sugiriendo una posible falencia en las estrategias de vinculación desplegadas por el Programa Piloto. Hay evidencia que sugiere que existiría un efecto ligado al desarrollo, que hace a los adolescentes volverse más críticos respecto a su relación con sus padres en la medida que transitan hacia la adultez (McGue, Elkins, Walden, & Iacono, 2005), lo que podría ayudar a entender las diferencias observadas según grupos. Para las mujeres (Gráfico 8), se observa una disminución de 0,23 desviaciones estándares entre mediciones para el grupo de tratamiento, brecha que disminuye a solo 0,07 en caso del grupo de control.

Gráfico 5: Subescala relación con cuidador/a y residencia (Kid Screen) según grupo y ola - Hombres



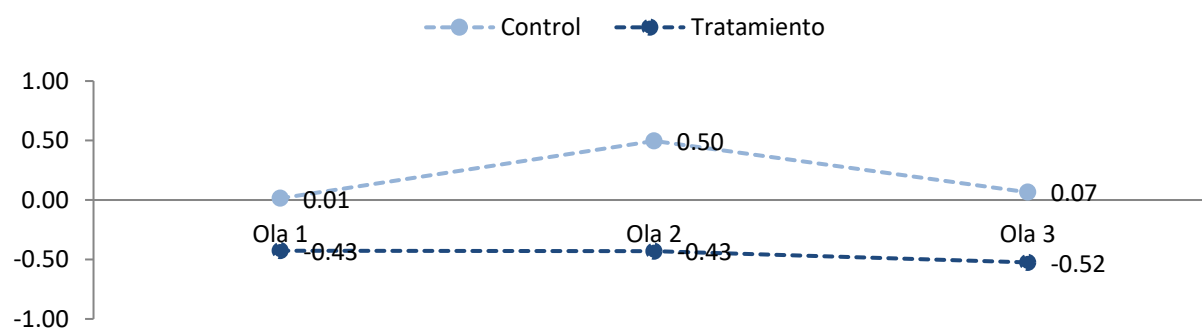
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 6: Subescala relación con cuidador/a y residencia (Kid Screen) según grupo y ola – Hombres 11 a 16 años



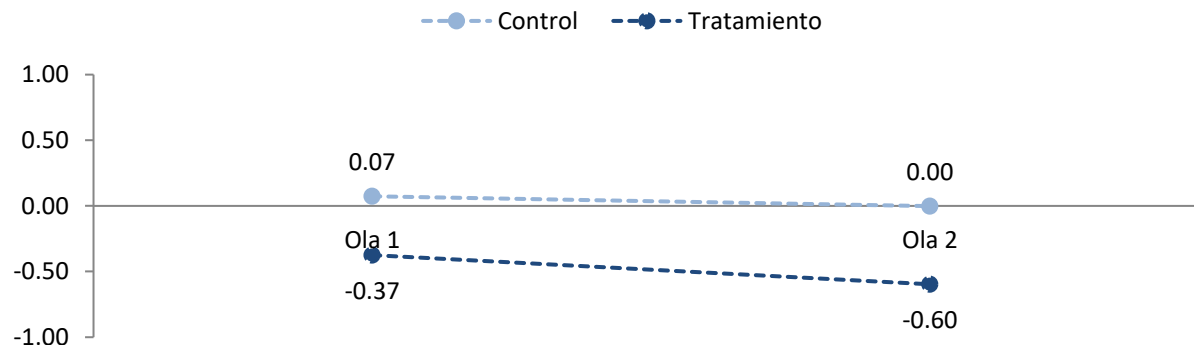
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 24. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 7: Subescala relación con cuidador/a y residencia (Kid Screen) según grupo y ola – Hombres 17 a 20 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 14. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 8: Subescala relación con cuidador/a y residencia (Kid Screen) según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 36. Se presentan puntajes estandarizados.

Adicionalmente, se indagó en la relación con el cuidador a través de 9 afirmaciones detalladas en la Tabla 10. Para la mayoría de las afirmaciones consideradas, se observa que ambos grupos (tratamiento y control) de la población masculina estudiada mejoran su percepción respecto a la relación con su cuidador/a entre las olas 1 y 3. Además, destaca que en la última ola el grupo de tratamiento por lo general declara una mejor relación con sus cuidadores o cuidadoras que el grupo de control (a excepción de las afirmaciones 3,6 y 8). En la misma línea, **se observa que, a diferencia del grupo de tratamiento, el grupo de control empeora su percepción de dicha relación en la ola 3 con respecto a la ola 1, en cuatro dimensiones**, relativas a: (i) *“Cuando estoy irritable, el cuidador puede identificar las causas”* (disminución de 3 puntos porcentuales entre olas 1 a 3); (ii) *“El cuidador y yo conversamos de los temas que me interesan”* (23 puntos porcentuales de disminución); (iii) *“Me explica cuáles son las normas y límites que deben respetarse”* (5 puntos); (iv) *“Al hablar conmigo viene sin rabia, penas o frustraciones de otras personas o situaciones”* (3 puntos)¹³.

En síntesis, al estudiar las percepciones de las niñas, niños, y adolescentes respecto a su relación con el cuidador o cuidadora y en general con la residencia, la evidencia no muestra una relación vincular significativamente mejor reportada en el Programa Piloto comparado con una residencia convencional. Esto a pesar de que una de las innovaciones y esfuerzos del modelo es el fortalecimiento de la relación vincular. En el caso de la residencia Maruri, esto podría verse afectado debido a que la mitad de adolescentes son mayores de edad, y que se pudo identificar que éstos poseen una mirada más crítica respecto a su relación con los cuidadores y cuidadoras, lo que es consistente con el efecto de desarrollo reportado por algunos estudios (McGue, Elkins, Walden, & Iacono, 2005). Otro factor que contribuye a entender estos resultados es el hecho de que los y las niñas, niños, y adolescentes del Programa Piloto sufrieron el quiebre de todos o la mayoría de los vínculos con sus cuidadores y cuidadoras por el hecho de integrarse al programa, por lo que posiblemente el tiempo necesario para reconstruir los lazos con el nuevo equipo excede los márgenes observados por este estudio.

¹³ Se debe tener en cuenta que no se presentan resultados para la población femenina en estudio respecto a este subapartado, ya que el principal interés es observar los cambios en la relación con el o la cuidadora en el tiempo, pero para esta subpoblación sólo se dispone de los datos de línea de base (Ola 1), los que por sí mismos no son informativos respecto al desempeño del programa.

Tabla 10: Percepción de niñas, niños, y adolescentes sobre relación con el/la cuidador/a según grupo y ola – Hombres (% Casi siempre o siempre a cada afirmación)

		Ola 1	Ola 3	Diferencia
1. Cuando estoy irritable, el cuidador puede identificar las causas (ej.: se da cuenta si estoy mal genio porque tuve un día "difícil" en la escuela).	Control	66%	63%	-3%
	Tratamiento	60%	90%	30%
2. El cuidador y yo conversamos de los temas que me interesan (ej., conversamos sobre mis amigos del colegio, mis series de televisión o mis cantantes favoritos).	Control	53%	30%	-23%
	Tratamiento	70%	70%	0%
3. El cuidador se pone en mi lugar (ej.: en una discusión entiende mi punto de vista).	Control	63%	87%	24%
	Tratamiento	60%	80%	20%
4. Cuando le pido atención responde pronto.	Control	68%	79%	11%
	Tratamiento	90%	90%	0%
5. Me explica cuáles son las normas y límites que deben respetarse (ej., tiempo dedicado al estudio, horarios para salidas con amigos/as, responsabilidades en la casa, uso de internet).	Control	89%	84%	-5%
	Tratamiento	90%	100%	10%
6. Me acompaña a encontrar una solución a mis problemas por mí mismo/a (ej., me da "pistas" para que tenga éxito en una tarea sin darme la solución).	Control	74%	95%	21%
	Tratamiento	80%	90%	10%
7. Me motiva a tomar mis propias decisiones, ofreciéndome alternativas de acuerdo a mi edad (ej., si tomar una actividad extraescolar, qué ropa comprarme, etc.).	Control	66%	74%	8%
	Tratamiento	70%	90%	20%
8. Cuando me porto mal, buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej., pedir disculpas, ordenar mi pieza, ayudar a otro con las tareas).	Control	63%	84%	21%
	Tratamiento	70%	80%	10%
9. Al hablar conmigo viene sin rabia, penas o frustraciones de otras personas o situaciones.	Control	76%	74%	-3%
	Tratamiento	80%	90%	10%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

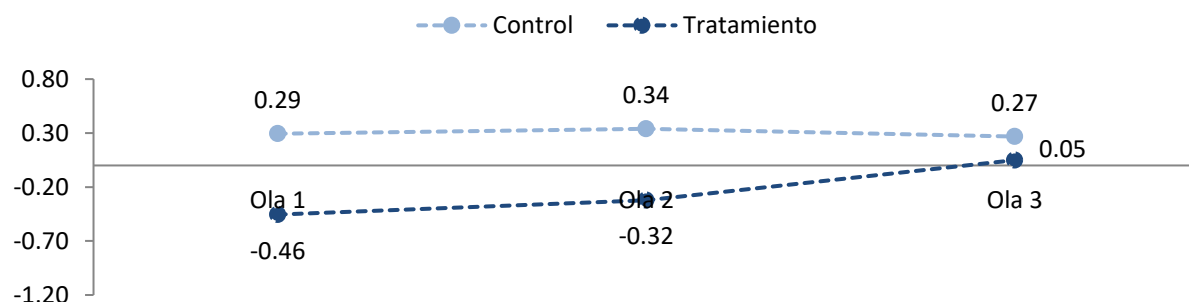
Autopercepción

La autopercepción es otra de las dimensiones del bienestar subjetivo de los y las jóvenes que se aborda desde una subescala del cuestionario Kid Screen. La subescala considera 5 aspectos: (i) ¿Te has sentido feliz con la forma en la que eres?; (ii) ¿Te has sentido feliz con tu ropa?; (iii) ¿Te has preocupado sobre la manera en la que te ves?; (iv) ¿Te has sentido celoso de cómo se ven otros adolescentes?; (v) ¿Te gustaría cambiarle algo a tu cuerpo?. La subescala de autopercepción es el resultado de la estimación de un indicador sumativo que considera los cinco ítems antes señalados. Para su cálculo, se contemplaron sólo los casos que respondieron todos los (5) ítems, se estandarizaron los valores y luego se calculó un promedio. Los gráficos a continuación exponen el puntaje promedio de la subescala construida.

Respecto a la población masculina en estudio (Ver Gráfico 9), **los resultados muestran que la autopercepción del grupo de control se mantiene bastante estable entre olas, y siempre es más alta que la del grupo de tratamiento**, con una diferencia de 0,75, 0,66 y 0,22 desviaciones estándar en las olas

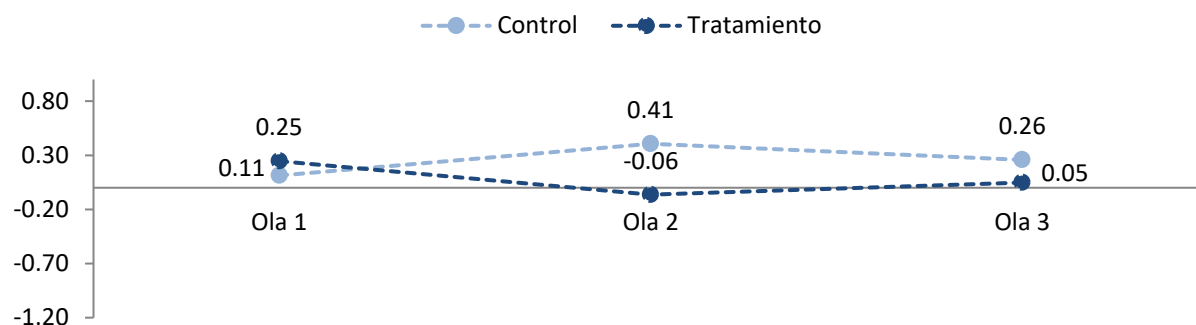
1,2 y 3 respectivamente. Para el grupo de tratamiento se observa una mejor autopercepción en el tiempo, por lo que, al momento de la tercera ola, la brecha con el grupo de control disminuye en gran medida. Al desagregar estos resultados según edad, es posible observar que la brecha entre grupos de control y tratamiento es más estrecha para las niñas, niños, y adolescentes entre los 11 y 16 años, y mucho más amplia para el grupo de mayor edad (entre los 17 y 20 años). Por otra parte, descriptivamente se observa que las mujeres del grupo de tratamiento habrían sido las que más empeoraron en esta dimensión con una disminución de 0,14 desviaciones estándares entre ambas mediciones disponibles (versus 0,01 en el grupo de control) (Gráfico 12).

Gráfico 9: Subescala autopercepción (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres



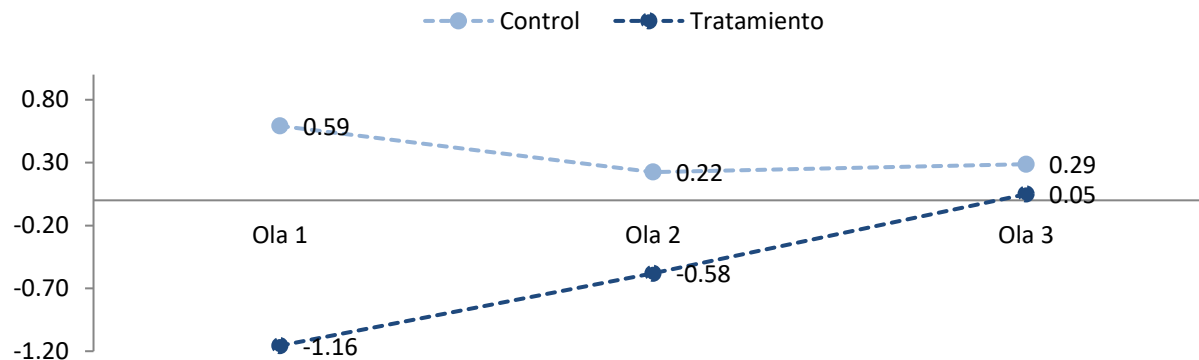
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 10: Subescala autopercepción (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres 11 a 16 años



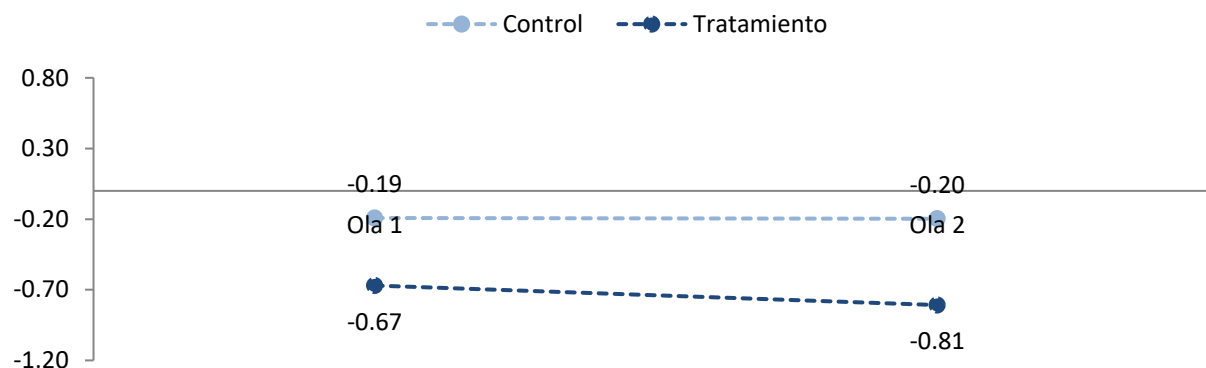
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 24. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 11: Subescala autopercepción (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres 17 a 20 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 14. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 12: Subescala autopercepción (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

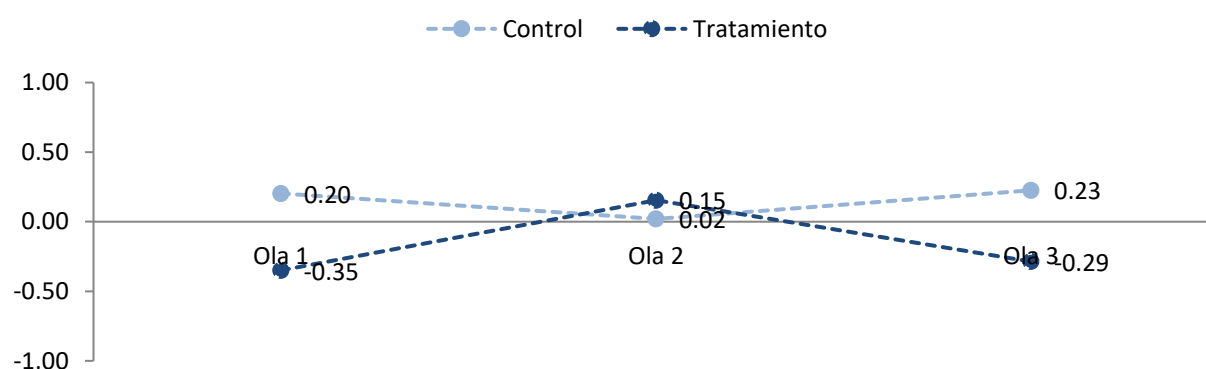
Uso del tiempo libre

Esta es la última dimensión de bienestar subjetivo y también se aborda desde una subescala del cuestionario Kid Screen. La subescala considera 5 aspectos: (i) ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?; (ii) ¿Has podido hacer las cosas que quieres en tu tiempo libre?; (iii) ¿Has tenido suficientes oportunidades para hacer lo que te gusta?; (iv) ¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con tus amigos (presencial o virtualmente)? (v) ¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre? Así, la subescala de uso del tiempo libre es el resultado de la estimación de un indicador sumativo que considera los cinco ítems antes señalados. Para su cálculo, se contemplaron sólo los casos que respondieron todos los (5) ítems, se estandarizaron los valores y luego se calculó un promedio. Los gráficos a continuación exponen el puntaje promedio de la subescala construida.

En relación con los niños y adolescentes de sexo masculino (Gráfico 13), **una vez más se observa que el grupo de control tiene un mejor puntaje en la subescala de tiempo libre en comparación al grupo de tratamiento**, a excepción de la Ola 2, donde esta relación se invierte. De todas formas, resulta

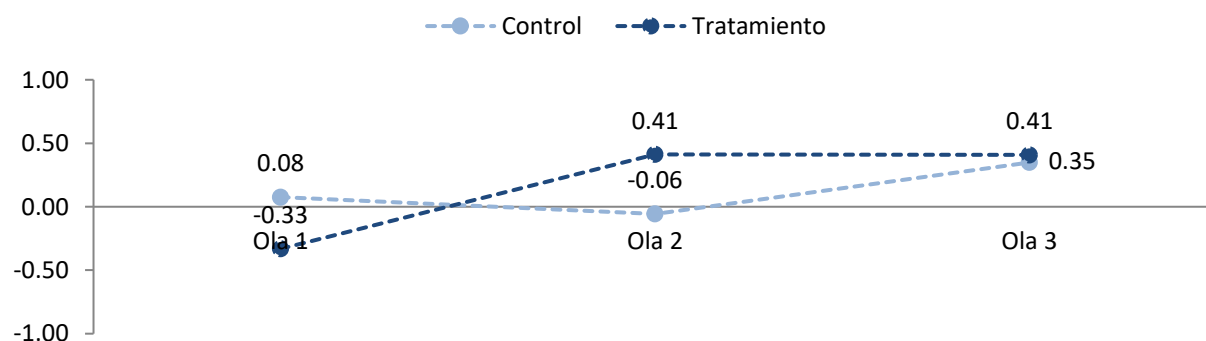
preocupante que en la última ola de estudio el grupo de tratamiento se ubique por debajo del grupo de control en 0,52 desviaciones estándar. Podría ser que la caída en este puntaje en el grupo de tratamiento en la ola 3 se deba al menos en parte a las condiciones de confinamiento debido a la pandemia, que han sido especialmente extensas y restrictivas en las residencias de protección especializada. La pandemia podría haber afectado más al grupo de tratamiento considerando las características de la infraestructura de la residencia, que, al semejar una casa, resulta ser más pequeña que muchas de las residencias que conforman el grupo de control y tienen mayores áreas verdes y de esparcimiento. Sumado a ello, el territorio donde se ubica la residencia es la zona de protesta social, por lo que la tensión y estrés ambiental se arrastran desde un año y medio atrás. Cuando se observan estos datos diferenciando según grupos etarios, se evidencia que, para las niñas, niños, y adolescentes entre los 11 y 16 años (Gráfico 14), el grupo de tratamiento posee un mejor uso del tiempo libre que el de control en las olas 2 y 3. Sin embargo, para las niñas, niños, y adolescentes de mayor edad (Gráfico 15), ocurre que el grupo de tratamiento se ubica muy por debajo del de control. Finalmente, al revisar que ocurre con las mujeres (Gráfico 16) se observa que ambos grupos aumentan en igual medida entre ambas olas, manteniéndose el grupo de tratamiento debajo del de control.

Gráfico 13: Subescala uso del tiempo libre (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres



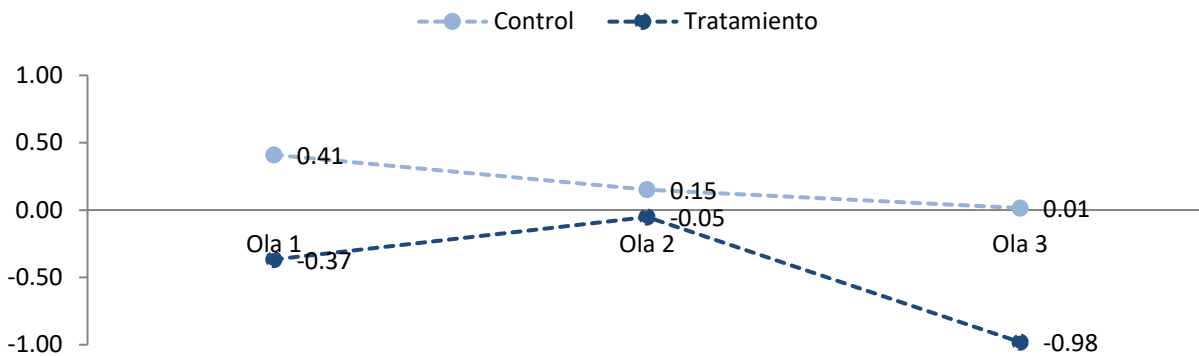
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 14: Subescala uso del tiempo libre (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres 11 a 16 años



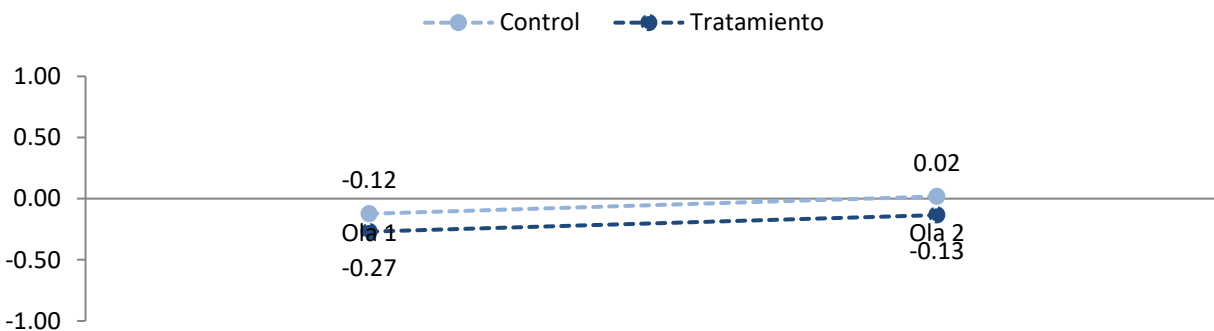
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 24. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 15: Subescala uso del tiempo libre (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Hombres 17 a 20 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 14. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 16: Subescala uso del tiempo libre (Subescala Kid Screen) según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

6.2.2 Inclusión social

La inclusión social se aborda desde tres dimensiones:

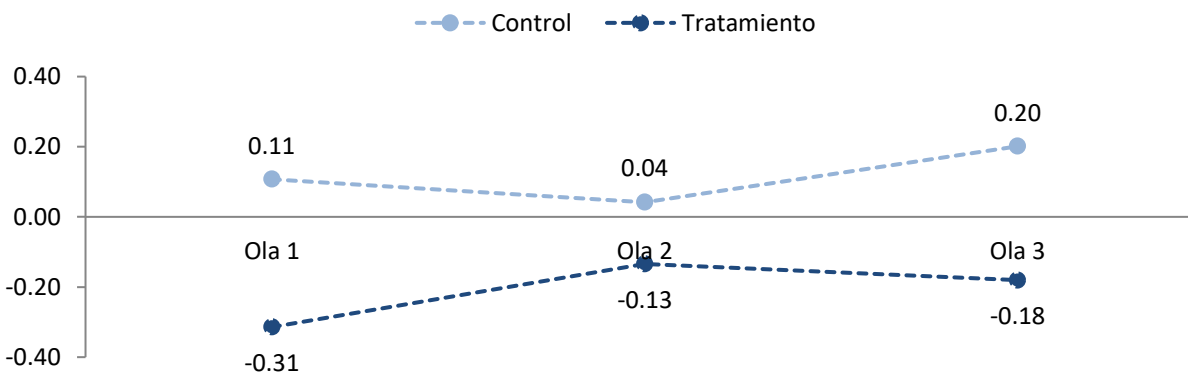
- Amigos y apoyo social
- Habilidades para la vida adulta
- Perspectivas post-egreso

Amigos y apoyo social

El apoyo social y la relación con amigos es otra de las dimensiones del bienestar subjetivo de los y las jóvenes que se aborda desde una subescala del cuestionario Kid Screen. La subescala considera 6 aspectos: (i) ¿Has pasado tiempo con tus amigos o adolescentes de la residencia?; (ii) ¿Has podido hacer actividades con otros niños, niñas o adolescentes?; (iii) ¿Lo has pasado bien con tus amigos o adolescentes de la residencia?; (iv) ¿Se han ayudado mutuamente con tus amigos o adolescentes de la residencia?; (v) ¿Has podido hablar de todo con tus amigos o adolescentes de la residencia?; (vi) ¿Has podido confiar en tus amigos o adolescentes de la residencia?. Así, la subescala de amigos y apoyo social es el resultado de la estimación de un indicador sumativo que considera los seis ítems antes señalados. Para su cálculo, se contemplaron sólo los casos que respondieron todos los (6) ítems, se estandarizaron los valores y luego se calculó un promedio. Los gráficos a continuación exponen el puntaje promedio de la subescala construida.

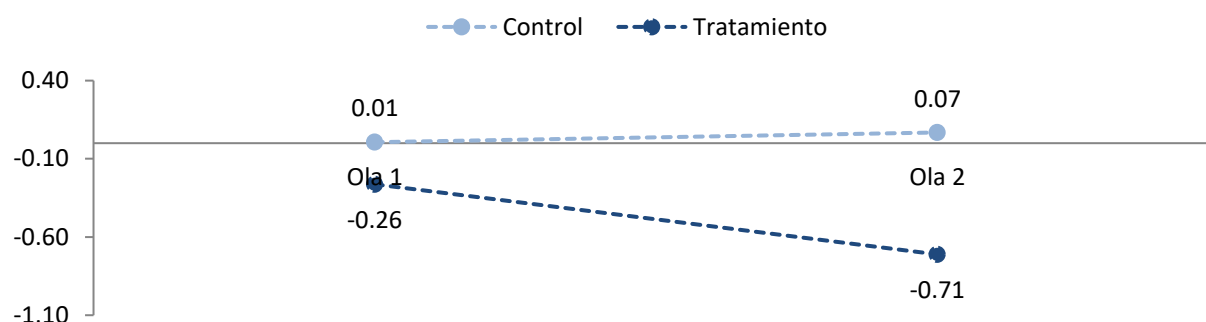
Si bien no hay evidencia de un efecto por tratamiento piloto, los datos sugieren que el grupo de tratamiento muestra peores indicadores de relación con pares que las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control (Gráfico 17). Sin embargo, destaca una tendencia a la estabilización frente al aumento observado entre la primera y la segunda ola del estudio, mientras que las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control presentaron un aumento de 0,16 desviaciones estándares en el mismo periodo. En el caso de las mujeres (Gráfico 18), la tendencia es más negativa que en el de los hombres, es decir, cuentan con menor presencia de amigos y apoyo social en el caso del grupo de tratamiento, mientras que el grupo de control mostró un leve aumento entre ambas mediciones.

Gráfico 17: Sub escala de amigos y apoyo social (Subescala Kid Screen), según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

Gráfico 18: Sub escala de amigos y apoyo social (Subescala Kid Screen), según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Se presentan puntajes estandarizados.

Habilidades para la vida adulta

Se agregaron preguntas relacionadas a distintas habilidades para la vida adulta (Ver Tabla 11)¹⁴. El grupo de tratamiento reporta más desarrollo de habilidades para la vida adulta que el grupo de control. Esto podría ser consecuencias de la intervención realizada en el programa piloto, que activamente busca generar estas habilidades en los jóvenes. Destaca una disminución en el porcentaje de adolescentes del grupo de tratamiento que declaró: (i) saber cocinarse su propia comida; (ii) mantener limpia y ordenada su pieza; (iii) tener a un adulto con quien podría vivir por un par de días o semanas si es que no tengo donde quedarme; (iv) tener o conocer a un adulto que le ayudaría para la postulación a un trabajo o postulación para estudios superiores; y (v) saber cómo prepararme para un examen o presentación. Esto es preocupante toda vez supone una disminución en habilidades para la mantención cotidiana y funcionalidad, así como la pérdida de la tenencia de un capital social adulto una vez se obtenga la mayoría de edad. Finalmente, se observan aumentos considerables en: (i) conocimiento de funcionamiento de tarjeta de crédito y cuenta bancaria; y de (ii) conocimiento del tipo de educación necesaria para el trabajo que quieren.

Tabla 11: Habilidades para la vida adulta según ola y grupo (% Sí a cada afirmación) - Hombres

Afirmación	Grupo	Ola 2	Ola 3	Diferencia
Me sé cocinar mi propia comida	Control	63%	66%	3%
	Tratamiento	90%	70%	-20%
Sé lavar mi propia ropa	Control	87%	84%	-3%
	Tratamiento	100%	100%	0%
Mantengo mi pieza limpia y ordenada	Control	89%	89%	0%
	Tratamiento	90%	70%	-20%
Puedo cuidarme si es que tengo una lesión menor (ej. un corte, rasmillón, picadura) o enfermedad leve (ej. un resfrío).	Control	89%	84%	-5%
	Tratamiento	90%	90%	0%
Sé cómo funciona una tarjeta de crédito y una cuenta bancaria	Control	42%	53%	11%
	Tratamiento	40%	80%	40%

¹⁴ Cabe considerar que no se presentan resultados para la población femenina en estudio respecto a este subapartado, ya que el principal interés es observar los cambios en sus habilidades en el tiempo, pero para esta subpoblación sólo se dispone de los datos de línea de base (Ola 1), los que por sí mismos no son informativos respecto al desempeño del programa.

Afirmación	Grupo	Ola 2	Ola 3	Diferencia
Sé más o menos cuánto dinero necesito para vivir al mes	Control	45%	68%	24%
	Tratamiento	80%	80%	0%
Sé andar en micro solo	Control	87%	82%	-5%
	Tratamiento	90%	90%	0%
Sé qué tipo de educación necesito para el trabajo que quiero (ej. educación técnico profesional, educación universitaria, educación no formal, etc.)	Control	74%	55%	-18%
	Tratamiento	70%	90%	20%
Tengo a un adulto con quien podría vivir por un par de días o semanas si es que no tengo donde quedarme.	Control	76%	66%	-11%
	Tratamiento	80%	60%	-20%
He hablado sobre mis planes educacionales o de carrera con un adulto significativo	Control	71%	63%	-8%
	Tratamiento	70%	70%	0%
Conozco a un adulto que me ayudaría para la postulación a un trabajo o postulación para estudios superiores	Control	66%	74%	8%
	Tratamiento	90%	80%	-10%
Conozco por lo menos a un adulto que me contestaría el teléfono en medio de la noche para una emergencia.	Control	61%	71%	11%
	Tratamiento	80%	80%	0%
Sé cómo prepararme para un examen o presentación (ya sea en el trabajo o en el colegio)	Control	76%	71%	-5%
	Tratamiento	90%	80%	-10%
Sé cómo pedir una hora con el doctor	Control	24%	37%	13%
	Tratamiento	60%	70%	10%
Conozco el historial médico de mi familia	Control	16%	16%	0%
	Tratamiento	10%	20%	10%
Sé cómo cuidarme de enfermedades de transmisión sexual	Control	74%	84%	11%
	Tratamiento	80%	90%	10%
Sé cómo evitar un embarazo	Control	79%	82%	3%
	Tratamiento	100%	90%	-10%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan porcentajes de columna. N Grupo Control=38, N Grupo tratamiento=10. Los resultados consideran resultados de Ola 2 y 3, ya que no se levantó esta información en Ola 1.

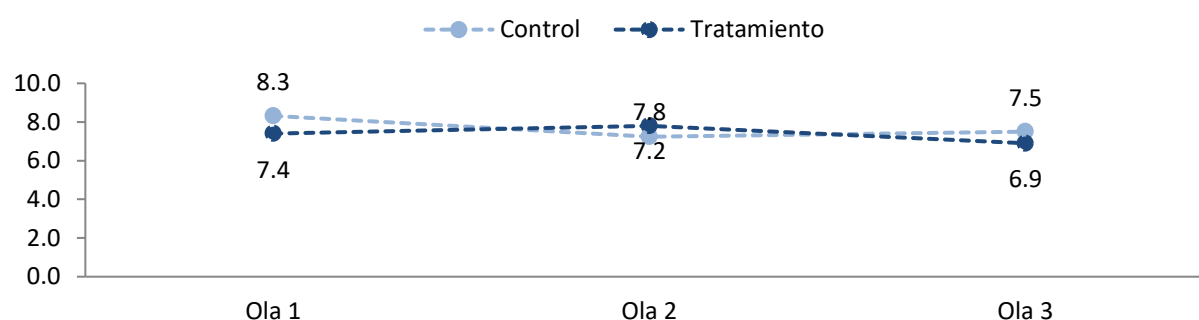
Perspectivas post-egreso

También se preguntó a las niñas, niños, y adolescentes sobre el apoyo que ellos esperan tener de la residencia una vez egresados del programa (Gráfico 19 y Gráfico 20). La percepción de apoyo es menor en el grupo de tratamiento, en comparación al grupo de control, en particular, en la línea de base y en la última medición en el caso de los hombres, y en ambas mediciones en el caso de las mujeres. Una interpretación está relacionada con la vinculación entre niñas, niños, y adolescentes y cuidador, en el sentido de que las resistencias a los nuevos cuidadores (ya que los cuidadores anteriores llevaban muchos años vinculados con las niñas, niños, y adolescentes), produzcan aún efectos en la percepción que tienen de ellos. En el caso de la residencia de hombres, son niños que han estado institucionalizados con largas permanencias, sabiendo que SENAME ofrece cuidado hasta los 18 años, y estando cerca de la edad de egreso y sin certeza de apoyo al post-egreso, es posible no declarar expectativas sobre la residencia y sus equipos. Por otro lado, se ha trabajado fuertemente en involucrar a las familias o adultos significativos en las proyecciones a futuro¹⁵. Por lo tanto, podría pensarse que los adolescentes consideran que estas serán las figuras que más los apoyarán durante esta transición y no necesariamente el equipo.

¹⁵ Para profundizar en esto, revisar evaluación de procesos.

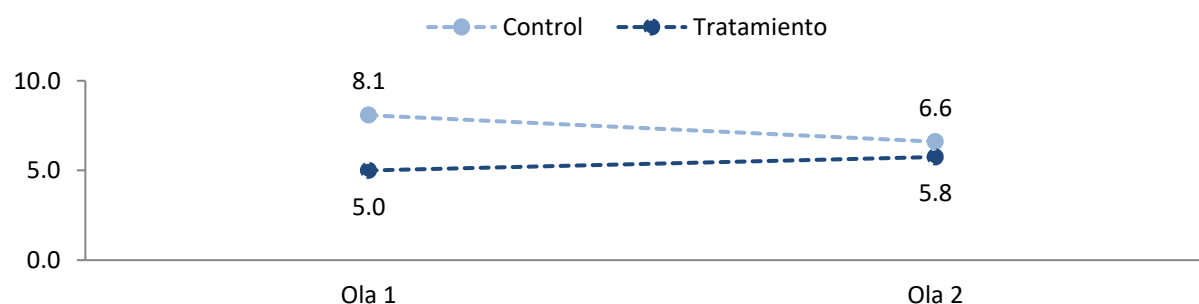
Esta idea se refuerza al revisar el Gráfico 21 donde se observa una pérdida de terreno importante en el acuerdo de apoyo a la preparación de la vida adulta por el trabajo realizado por la residencia en el grupo de tratamiento. Al revisar en detalle el grupo de control masculino se mantiene constante durante las olas entre el 80 y 85% de acuerdo con la afirmación, mientras que los treinta puntos porcentuales de aumento observados entre línea de base y la segunda medición (de 60 a 90%) para el grupo de tratamiento quedan prácticamente anulados en esta tercera medición llegando a un 50% de acuerdo. Es decir, solo la mitad de los adolescentes de las residencias piloto considera actualmente que se le ha apoyado en su preparación a la vida adulta. Estos resultados se replican al revisar lo que declaran las adolescentes mujeres (Gráfico 22), entre quienes también disminuyó la percepción de adquisición de habilidades para la vida adulta por parte del trabajo de la residencia entre olas, disminuyendo de 1 de cada 2 niñas, niños, y adolescentes a solo 1 de cada 4 de acuerdo con la afirmación.

Gráfico 19: Siendo 0 “Muy poco” y 10 “Mucho”, ¿Cuánto crees que el equipo profesional de la residencia te puede acompañar y apoyar los próximos años? Según grupo y ola – Hombres.



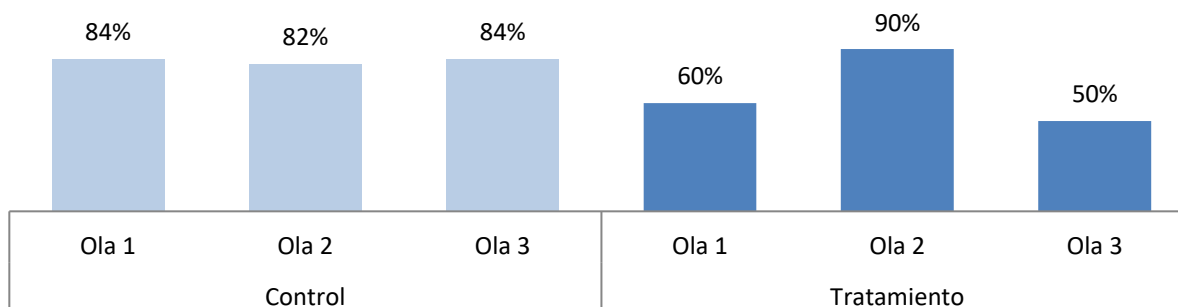
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 20: Siendo 0 “Muy poco” y 10 “Mucho”, ¿Cuánto crees que el equipo profesional de la residencia te puede acompañar y apoyar los próximos años? Según grupo y ola - Mujeres



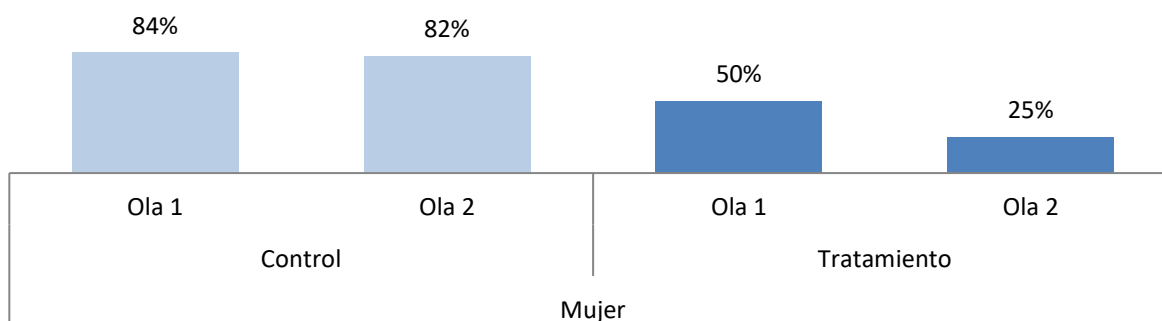
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

Gráfico 21: Grado de acuerdo con la frase "Gracias al apoyo recibido en la residencia, me siento más preparado(a) para la vida adulta" (% De acuerdo + Muy de acuerdo), según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 22: Grado de acuerdo con la frase "Gracias al apoyo recibido en la residencia, me siento más preparado(a) para la vida adulta" (% De acuerdo + Muy de acuerdo), según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

Por último, se preguntó sobre las expectativas que las niñas, niños, y adolescentes tenía respecto a con quién vivir (Tabla 12). Por un lado, se preguntó con quién se veía viviendo, y por el otro lado, se preguntó respecto a con quién le gustaría vivir. En el caso de la población masculina en estudio, la mayor brecha que se puede identificar se encuentra entre la residencia y la familia nuclear. La mayoría de las niñas, niños, y adolescentes declara que cree que un año más seguirá en la residencia, pero que le gustaría vivir junto a su familia nuclear. Sin embargo, es interesante dar cuenta que, en el caso de las residencias piloto, las respuestas sobre con quién le gustaría vivir es mucho mayor la opción solos que junto a su familia. Esto se podría explicar a partir de que las niñas, niños, y adolescentes de las residencias piloto demuestran tener una mayor ausencia de vínculos paternos o maternos que los grupos control. De ahí, que una proyección a vivir con la familia nuclear no es pertinente en sus casos.

Si bien los datos cualitativos levantados muestran que se ha trabajado de manera más significativa e intensa con los terceros significativos en el caso del tratamiento que en el de control (para más detalles consultar procesos), pareciera que las niñas, niños, y adolescentes no se ven ni desean vivir con estas figuras en el futuro. Finalmente, en el grupo de tratamiento hay un aumento considerable de niñas, niños, y adolescentes que declaran que seguirán viviendo en la residencia el próximo año entre línea de base y

la última medición, observándose también un aumento en esta opción cuando se preguntó con quién le gustaría vivir.

Tabla 12: Con quién te ves viviendo y con quién te gustaría vivir el próximo año según ola y grupo - Hombres

En el próximo año...		Ola 1		Ola 2		Ola 3	
		Control	Tratamiento	Control	Tratamiento	Control	Tratamiento
¿Con quién te ves viviendo?	Residencia	39%	30%	45%	60%	29%	70%
	Familia nuclear	37%	30%	39%	20%	39%	10%
	Familia extensa	3%	10%	5%	0%	3%	10%
	Solo/a	5%	10%	5%	0%	21%	10%
	Tercero significativo	3%	10%	3%	10%	0%	0%
	Con amigos	0%	0%	0%	0%	5%	0%
	NS/NR	13%	10%	3%	0%	3%	0%
¿Con quién te gustaría vivir?	Residencia	21%	0%	16%	30%	18%	20%
	Familia nuclear	58%	30%	50%	30%	45%	20%
	Familia extensa	3%	20%	11%	20%	3%	10%
	Solo/a	5%	20%	13%	0%	18%	40%
	Con amigos	5%	10%	8%	10%	5%	0%
	Sólo con mi pareja	5%	10%	3%	0%	5%	0%
	Tercero significativo	0%	0%	0%	0%	5%	0%
	NS/NR	3%	10%	0%	10%	0%	10%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan porcentajes de columna. N tratamiento = 10. N control = 38.

6.2.3 Salud mental y física

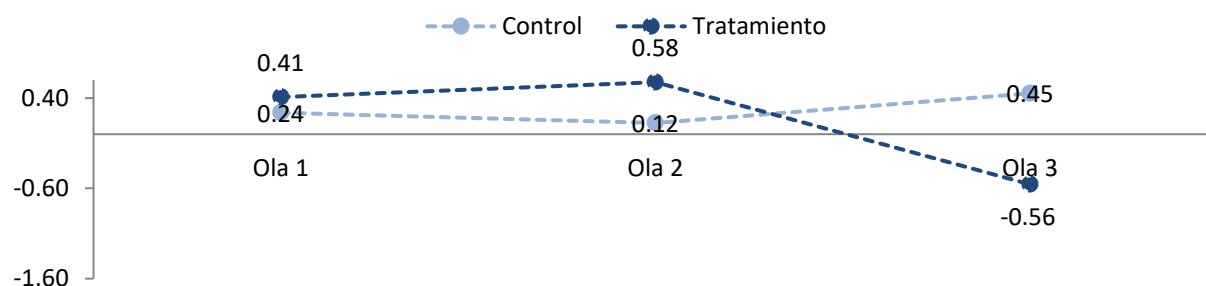
Salud física

En términos descriptivos existe una mejora para las niñas, niños, y adolescentes hombres en su salud física autopercebida (medido según KidScreen) entre la línea de base y la segunda medición, para luego presentarse una importante disminución para la tercera ola (Gráfico 23). Esto puede deberse a dos motivos. En primer lugar, la evaluación de procesos dio cuenta de que la inclusión de nuevos miembros del equipo habría aumentado la participación en actividad física dentro de la residencia, por lo que se entiende el aumento entre el primer y segundo año, no obstante, dado que los datos de la tercera medición fueron tomados en pandemia, lo que puede estar mostrando es la situación de encierro. En segundo lugar y en la misma línea, las niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento poseían importante infraestructura para el desarrollo de actividades físicas en Maruri antiguo, y las residencias del grupo de control por lo general también poseen dicho tipo de dependencias. Esto a su vez explica que no hayan experimentado una disminución en actividad física, puesto que durante los meses de cuarentena poseían infraestructura suficiente para desarrollar este tipo de actividad.

Aun siendo la cuarentena una situación excepcional que prohíbe el movimiento libre de las personas, se vislumbra la importancia que poseen los espacios abiertos dentro de una residencia para el desarrollo físico y la salud de los adolescentes, cuestión que podría ser problematizada en la búsqueda de infraestructura para la reconversión de residencias futuras. El Gráfico 24 y Gráfico 25 muestran los resultados desagregados según grupo etario. Se observa que quienes resintieron más el encierro en términos de autopercepción de salud física fueron los adolescentes hombres del grupo de tratamiento entre 11 y 16 años, presentando una disminución de 1,16 desviaciones estándares. No obstante, quienes tienen una peor autopercepción de salud física son los del tramo etario mayor, quedando 0,75

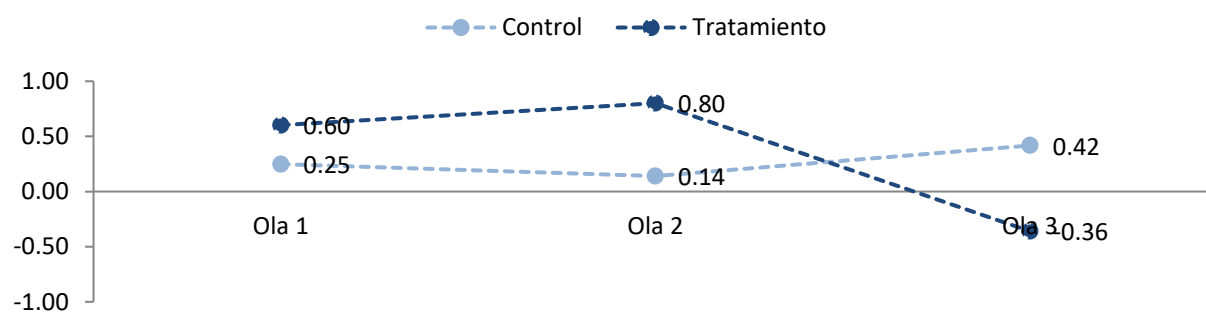
desviaciones estándares bajo la media para la tercera medición. Finalmente, el Gráfico 26 muestra lo ocurrido con las mujeres. Se observa que ambos grupos van en aumento en el tiempo, sin embargo, el aumento presentado por el grupo de tratamiento es mayor al que presenta el grupo de control.

Gráfico 23: Escala de Actividad física y salud (Kid Screen), según grupo y ola - Hombres



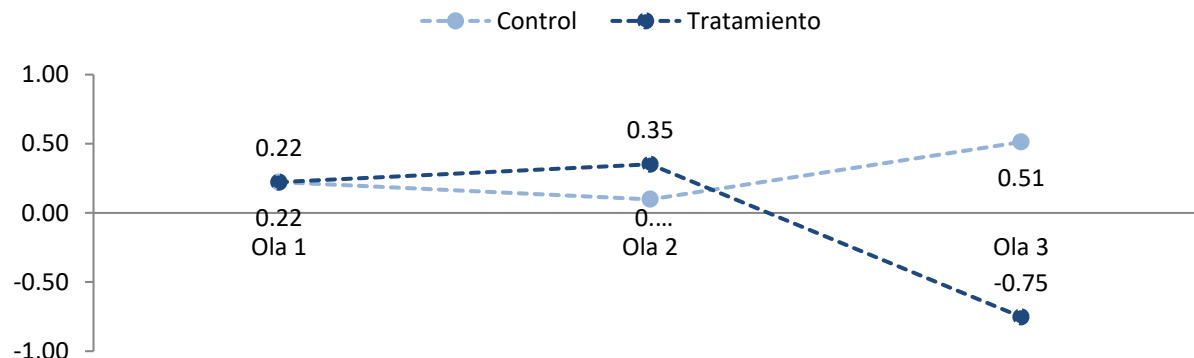
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 24: Escala de Actividad física y salud (Kid Screen), según grupo y ola - Hombres, 11 a 16 años



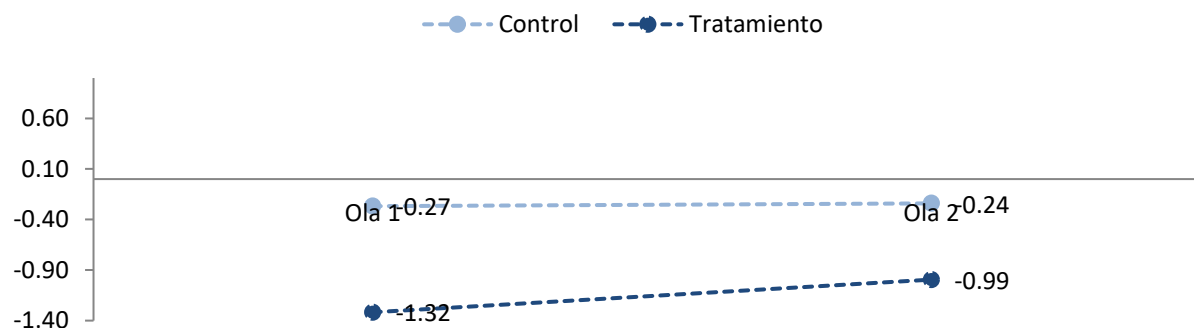
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 5. N control = 24.

Gráfico 25: Escala de Actividad física y salud (Kid Screen), según grupo y ola- Hombres, 17 a 20 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 5. N control = 14.

Gráfico 26: Escala de Actividad física y salud (Kid Screen), según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 10. N control = 38.

Salud mental

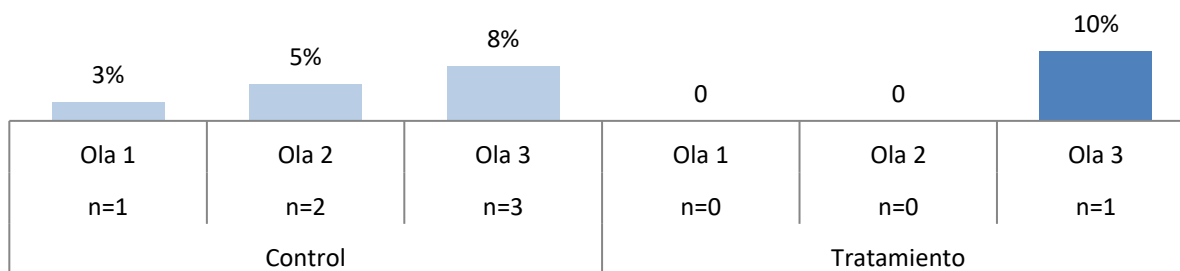
Estudios sugieren que el contexto residencial y la historia personal de las niñas, niños, y adolescentes ha llevado a que muchos se enfrenten a una historia en la cual están o estuvieron expuestos a condiciones habitacionales inadecuadas, aislamiento social, un trato despersonalizado, desafección, y abuso sexual (Carcelén & Martínez, 2008). Esto puede tener efectos en el desarrollo cognitivo, moral y afectivo de las niñas, niños, y adolescentes (Droguett & Fernández, 2016). Esta realidad, junto con otros factores, afecta la salud mental de los niños, niñas y jóvenes.

De acuerdo a la Auditoría Social (SENAME, 2018) un 55% de las niñas, niños, y adolescentes presenta algún problema de salud mental con diagnóstico asociado y un 58% de las niñas, niños, y adolescentes recibe algún tipo de tratamiento farmacológico. Esto requiere procedimientos de seguimiento, control y supervisión. Diversas fuentes dan cuenta de un incremento de crisis y agitación psicomotora en población adolescente atendida por el sistema de protección infanto-adolescente y que requiere de personal especializado (SENAME, 2018).

Sintomatología depresiva (Escala de Bierleson)

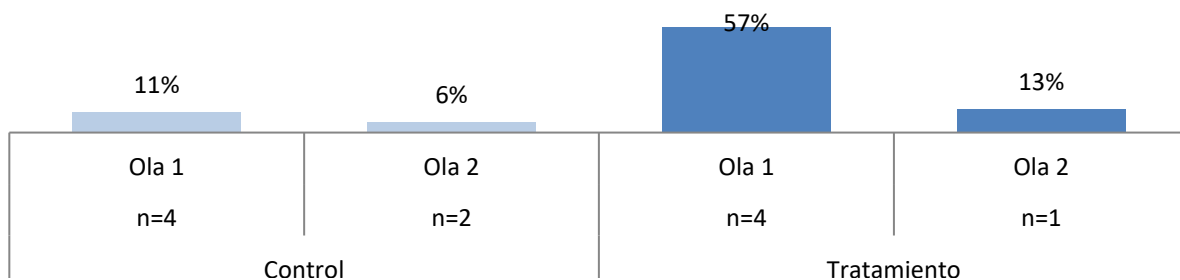
La encuesta incorporó la Escala de Depresión de Bierleson¹⁶ que permite generar un diagnóstico más completo de sintomatología depresiva. Los datos nos dan cuenta de un aumento de 10 puntos porcentuales en sintomatología depresiva entre las niñas, niños, y adolescentes hombres del grupo de tratamiento entre línea de base y la última medición, brecha que disminuye a solo 5 puntos porcentuales en el grupo de control (Gráfico 27). El grupo de tratamiento de Hogar de Cristo cuenta con las mayores cifras para la última medición (10 versus 8%). Esto podría deberse en parte a que las niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento se ven más afectados que los del control por las condiciones de confinamiento dada la cuarentena, lo que puede corroborarse en varios de los indicadores antes mencionados. Luego, al revisar los resultados para las mujeres (Gráfico 28) se observa una disminución en ambos grupos, no obstante, esta es claramente más pronunciada para el grupo de tratamiento (44 versus 5 puntos porcentuales respectivamente).

Gráfico 27: Porcentaje de niñas, niños, y adolescentes con sintomatología depresiva (Escala de Bierleson) según grupo y ola -Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

Gráfico 28: Porcentaje de niñas, niños, y adolescentes con sintomatología depresiva (Escala de Bierleson) según grupo y ola -Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

¹⁶ Se trata de un cuestionario en el cual el encuestado responde 18 preguntas sobre sintomatología depresiva y riesgo de suicidio. Fue diseñada para dar cuenta de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. La Escala de Bierleson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo, es un instrumento sencillo y autoaplicable. Esta escala es usada por el MINSAL dentro de su guía clínica para la detección y tratamiento de depresión en adolescentes (MINSAL, 2013).

Salud mental – sintomatología internalizante, externalizante y problemas totales (CBCL)

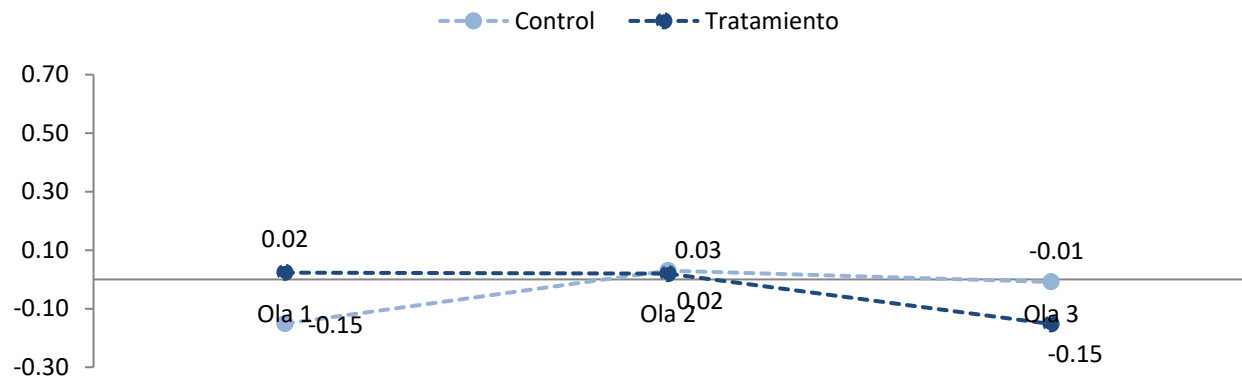
El Child Behavior Checklist (o CBCL)¹⁷ es un test ampliamente utilizado para medir problemas de comportamiento en niños, niñas y adolescentes de todas las edades. En este caso se utilizó la escala entre 6 y 18 años y es completado por el cuidador principal o los padres de las niñas, niños, y adolescentes. Este ha demostrado ser un buen instrumento para medir problemas de comportamiento asociados a trastornos de salud mental, del desarrollo y cognitivos en adolescentes, en concreto, da cuenta de dos grandes tipos de problemas conductuales, los problemas internalizantes o externalizantes, así como otros problemas y una puntuación global de problemas de comportamiento.

El Gráfico 29 y el Gráfico 30 presentan el puntaje para problemas del comportamiento internalizantes según sexo y grupo. Se observa que en general el grupo de tratamiento de hombre aumenta su distancia respecto a la media en el tiempo, pasando de 0,02 desviaciones estándares sobre la media en línea de base a -0,15 desviaciones estándares bajo la media en la última medición, dando cuenta de una disminución en este tipo de problemas del comportamiento. Dicho esto, el grupo de control por otra parte aumenta en el tiempo en este punto. Luego, respecto a las mujeres (Gráfico 30) destaca por un lado la importante diferencia entre ambos grupos en ambas mediciones, donde el grupo de tratamiento presenta mayores problemas de comportamiento internalizantes. Aun así, la tendencia es similar disminuyendo en ambos grupos.

Por su parte, el Gráfico 31 y el Gráfico 32 presentan los resultados para problemas del comportamiento externalizantes. En cuanto a los hombres (Gráfico 31), se observa que estos van a la baja en el caso del grupo de tratamiento, mientras que en el grupo de control aumentan entre la primera y segunda medición, para luego estabilizarse. No obstante, el grupo de tratamiento sigue estando en promedio más desviaciones estándares sobre la media, aun cuando ambos grupos acortan sus diferencias en el tiempo. Luego, en cuanto a las mujeres (Gráfico 32) se tiene un panorama parecido ya que nuevamente se encuentran sobre el grupo de control y ambos grupos van a la baja, aun así el grupo de tratamiento presenta una mayor disminución, dando cuenta de que los problemas externalizantes iban a la baja respecto a la media muestral.

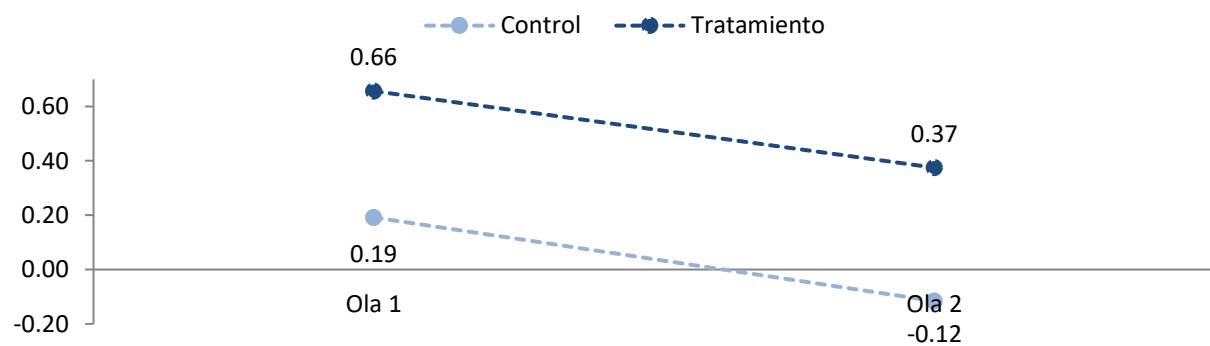
¹⁷ La encuesta agrupa una serie de conductas que típicamente suceden en conjunto: comportamiento agresivo, ansiedad/depresión, problemas de atención, comportamiento desobediente, quejas somáticas, problemas sociales, pensamientos problemáticos y depresión/desánimo. Los estándares que utiliza la encuesta para crear un puntaje son normativos, ya que el encuestado debe comparar la conducta el niño o adolescente con los de su misma edad y sexo. La encuesta cuenta con su versión en español disponible en la página de ASEBA y ha sido validada con resultados aceptables (Albores, Lara, Esperón, Zetina, Soriano & Colin, 2007).

Gráfico 29: Puntaje CBCL problemas del comportamiento internalizantes según grupo y ola - Hombres



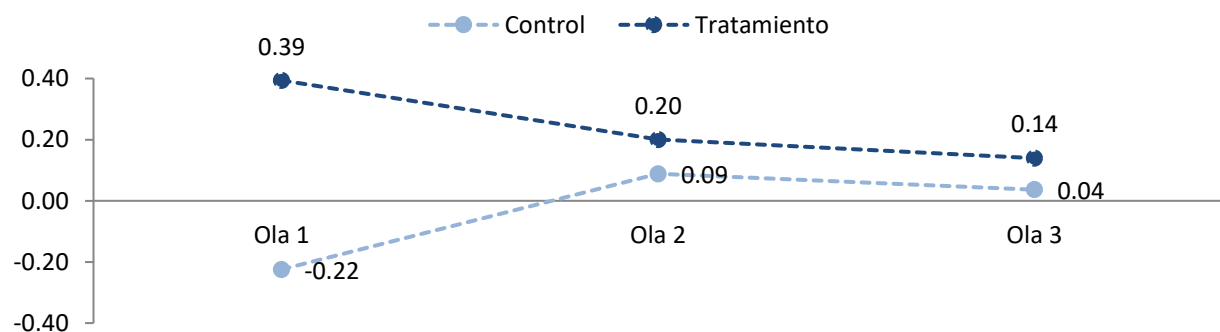
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 9. N control = 36.

Gráfico 30: Puntaje CBCL problemas del comportamiento internalizantes según grupo y ola - Mujeres



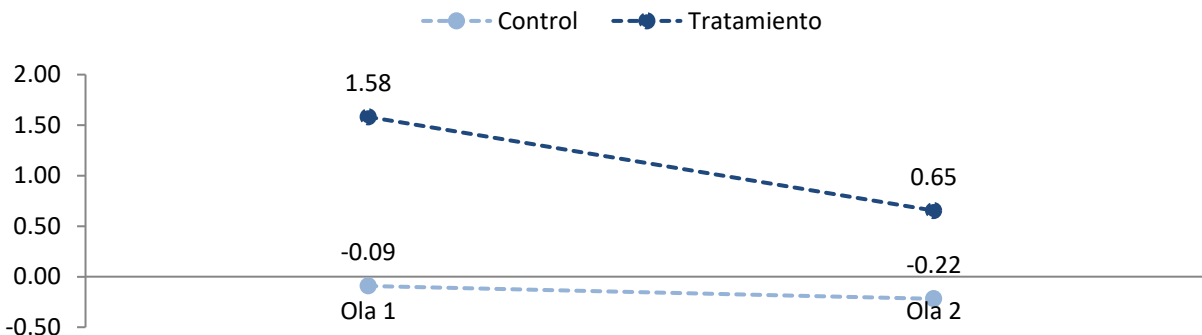
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 8. N control = 38.

Gráfico 31: Puntaje CBCL problemas del comportamiento externalizantes según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 9. N control = 36.

Gráfico 32: Puntaje CBCL problemas del comportamiento externalizantes según grupo y ola - Mujeres

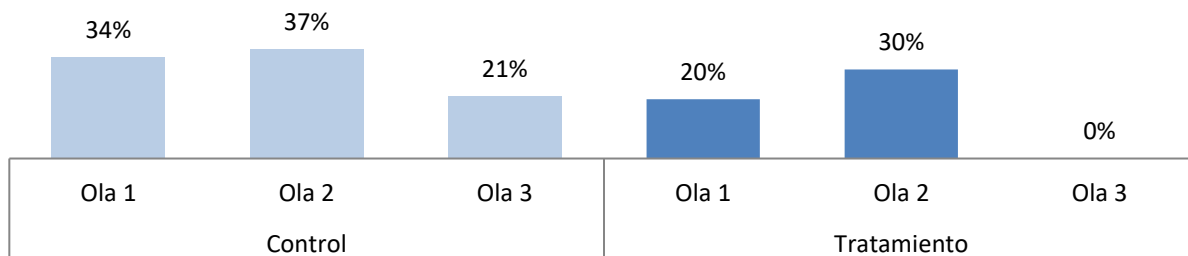


Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Se presentan puntajes estandarizados. N tratamiento = 8. N control = 38.

Acceso a atención en salud mental

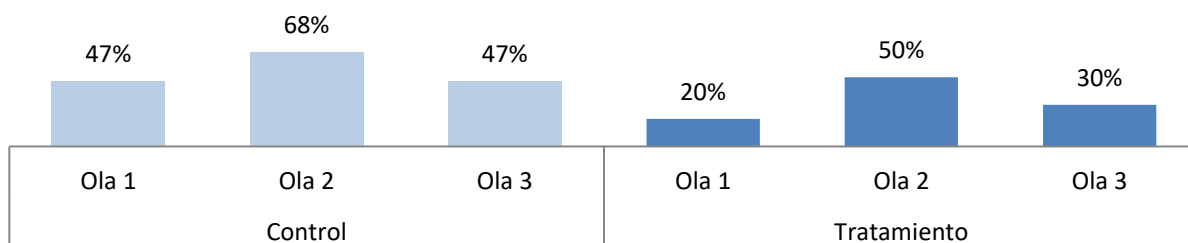
Se preguntó respecto a tratamientos psicológicos (Gráfico 37 y Gráfico 38), psiquiátricos (Gráfico 33 y Gráfico 34) y tratamientos farmacológicos (Gráfico 41, **Error! Reference source not found.** y Gráfico 43), siendo éstos en su mayoría tratamientos por medicación psiquiátrica. Descriptivamente, se observa una disminución en atención psiquiátrica en el último mes en ambos grupos (Gráfico 33), siendo el caso del grupo de tratamiento el que presenta una mayor disminución entre línea de base y la última medición con una diferencia de 20 puntos porcentuales. Por su parte, la atención psiquiátrica durante el último año también presenta bajas de acuerdo a los auto reportado por los adolescentes (Gráfico 34), sin embargo, la baja se da entre la segunda y tercera medición (de 50 a 30%). En el grupo de control también se observa una disminución en el mismo periodo, pero mantiene niveles más altos de atención psiquiátrica en general. Esto puede deberse en parte al efecto de pandemia que ha afectado la periodicidad y acceso a servicios de este tipo, o bien también, se puede hipotetizar que la baja se debe a que los tratamientos se han vuelto menos necesarios a lo largo del tiempo. Sin embargo, lo anterior no se condice del todo con el reporte sobre la necesidad de tomar fármacos. De acuerdo a lo presentado en el Gráfico 41Gráfico 41, el grupo de control ha aumentado sostenidamente el uso de fármacos a lo largo de las tres olas, mientras que en el grupo de tratamiento se ha mantenido relativamente estable. Luego, en cuanto a las mujeres se observa una disminución en su acceso a psiquiatra durante el último mes en el caso del grupo de tratamiento (13 puntos porcentuales) mientras que el grupo de control aumenta aunque levemente (Gráfico 35). Sin embargo, el acceso durante el último año se mantiene constante para el grupo de tratamiento (Gráfico 36), pudiendo reflejar procesos terapéuticos fallidos o pocos constantes durante el último año. Recordemos que las adolescentes de este grupo fueron refractarias a este tipo de intervenciones, sobre todo respecto de psicoterapias individuales.

Gráfico 33: ¿Has recibido tratamiento psiquiátrico en el último mes? Según grupo y ola (% Sí) - Hombres



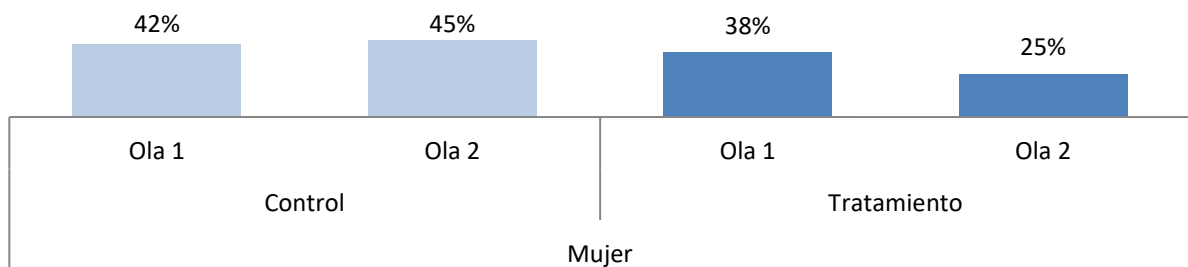
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 34: ¿Has recibido tratamiento psiquiátrico en el último año? Según grupo y ola (% Sí) - Hombres



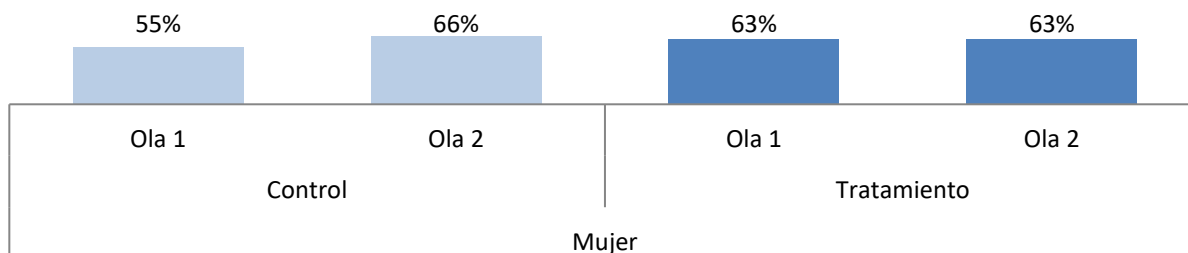
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 35: ¿Has recibido tratamiento psiquiátrico en el último mes? Según grupo y ola (% Sí) - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

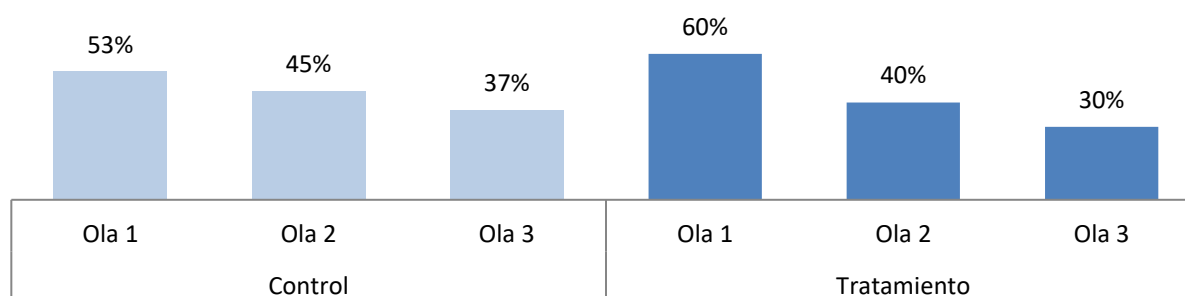
Gráfico 36: ¿Has recibido tratamiento psiquiátrico en el último año? Según grupo y ola (% Sí) - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

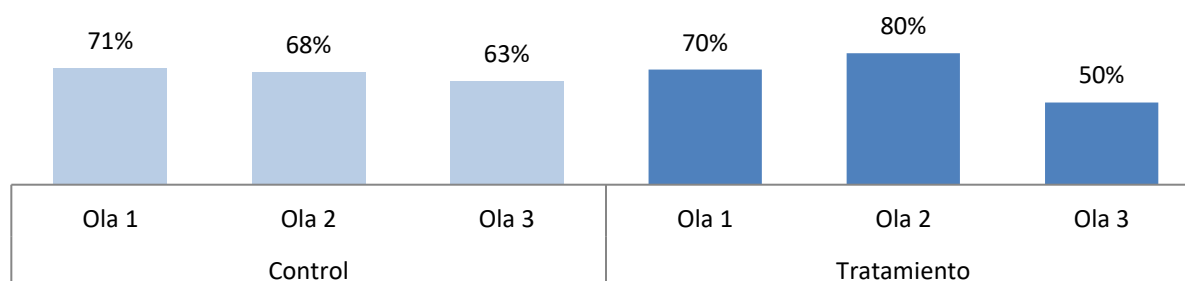
Al revisar lo que ocurre con los **tratamientos psicológicos** el último mes el panorama cambia, pues si bien es cierto que el grupo de control de hombres exhibe mayor acceso en todas las olas, las diferencias son menores en comparación a los tratamientos psiquiátricos. En efecto, en principio se observa una disminución en ambos grupos en atención psicológica, aunque el grupo de tratamiento presenta una disminución más pronunciada (Gráfico 37), llegando a 30 puntos porcentuales entre línea de base y la última medición (versus 16 puntos porcentuales en el grupo de control). Luego, al revisar el tratamiento psicológico el último año (Gráfico 38) también se observa una disminución entre la segunda y tercera medición para el grupo de tratamiento, siendo esta mucho más pronunciada que en el grupo de control. De nuevo, esto puede explicarse por una parte debido al efecto pandemia y la dificultad en el acceso a tratamientos psicológicos dentro de los contextos sanitarios que vive el país. Sin embargo, otro factor importante guarda relación con la adherencia a los tratamientos psicológicos, que durante el periodo de la adolescencia disminuye. Luego, en cuanto a las mujeres (Gráfico 39) se observa una disminución en su acceso a psicológico durante el último mes en el caso del grupo de tratamiento (25 puntos porcentuales) mientras que el grupo de control disminuye menos pronunciadamente (13 puntos porcentuales). En la misma línea, el acceso durante el último año disminuye bruscamente para el grupo de tratamiento, mientras que en el grupo de control disminuye, pero de manera menos pronunciada (Gráfico 40).

Gráfico 37: ¿Has recibido tratamiento psicológico en el último mes? Según grupo y ola (% Sí) - Hombres



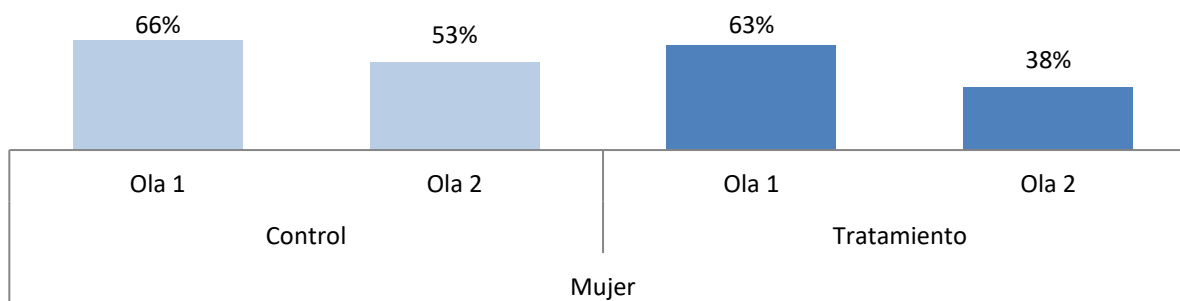
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 38: ¿Has recibido tratamiento psicológico en el último año? Según grupo y ola (% Sí) - Hombres



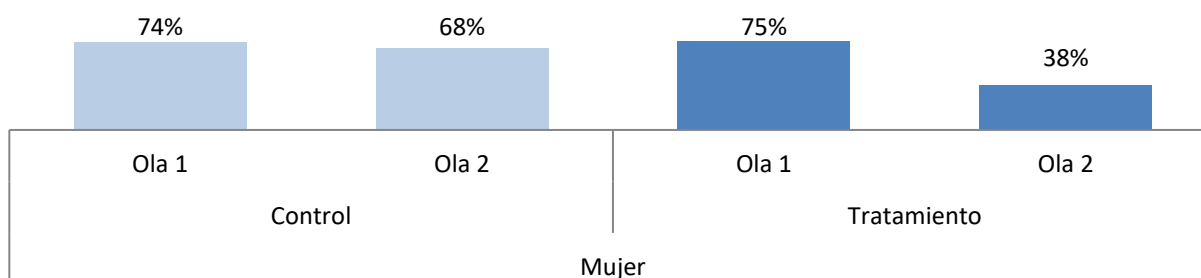
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 39: ¿Has recibido tratamiento psicológico en el último mes? Según grupo y ola (% Sí) - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

Gráfico 40: ¿Has recibido tratamiento psicológico en el último año? Según grupo y ola (% Sí) - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

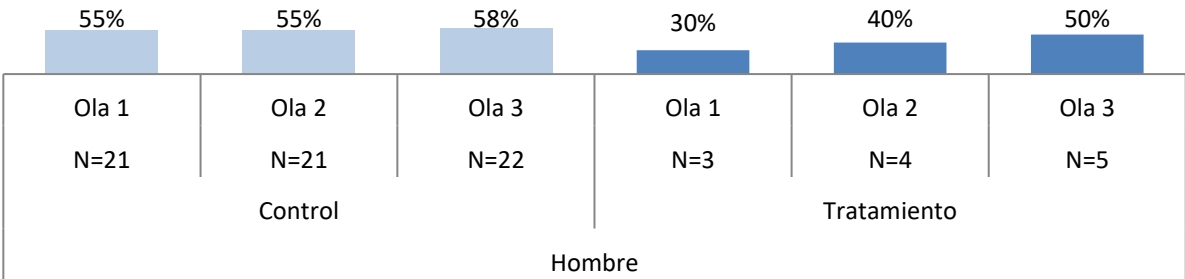
En cuanto al **tratamiento farmacológico**, los datos muestran que, en el caso de la población masculina en estudio, el grupo de tratamiento recibe consistentemente en el tiempo menor uso de fármacos que el de control. No obstante, considerando la prevalencia de tratamiento en el último mes (Gráfico 41) mientras el grupo de control muestra proporciones estables en el tiempo, en el grupo de tratamiento se observa una tendencia al alza en el uso de fármacos, ya que mientras en la ola 1 un 30% los utilizaba, el porcentaje crece a un 40% y 50% en las olas 2 y 3 respectivamente. En mujeres se observa una disminución en el uso de fármacos durante el último mes en el caso del grupo de tratamiento, mientras que este se mantiene o aumenta (Gráfico 42).

Adicionalmente, se indagó (solo en las olas 2 y 3) en el **conocimiento de los adolescentes sobre su uso de fármacos**. No se incluyen los resultados para mujeres para esta subdimensión en estudio, ya que no se disponen para la última ola e interesaba observar su variabilidad en el tiempo. Así, en el Gráfico 43 se exponen los resultados ante la pregunta ¿Sabes qué remedios tomas? para la población masculina en estudio, y se evidencia que en la Ola 2 el grupo de tratamiento tenía mayor conocimiento que el de control sobre su uso de medicamentos, pero esta diferencia se invierte en la Ola 3: en la que mientras un 40% de los niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento que usa fármacos reportó conocer qué remedios consume, esto es cierto para el 63% de los niñas, niños, y adolescentes del grupo de control. Por último, los datos permiten explorar si las niñas, niños, y adolescentes conocen la razón por la cual consumen

fármacos (Gráfico 44). Los resultados muestran que no existen mayores diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control respecto a su conocimiento de por qué consumen fármacos.

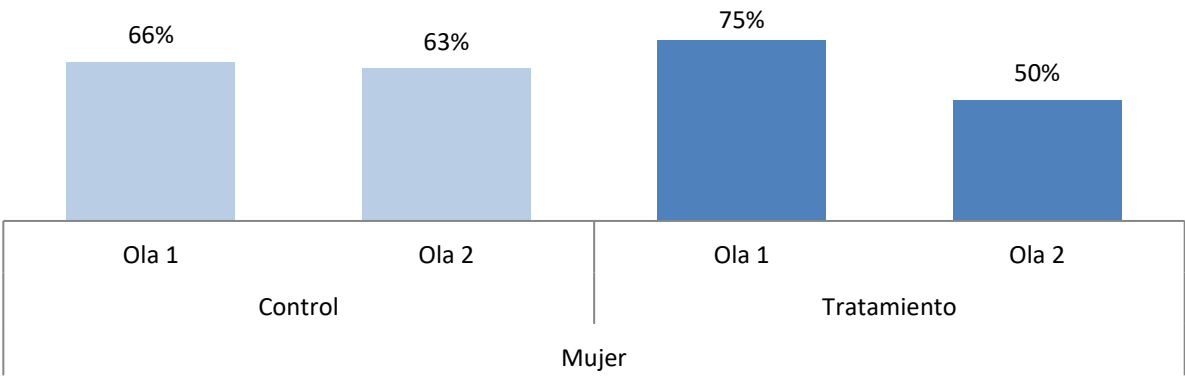
En suma, los hallazgos sobre los niveles de uso de fármacos y el conocimiento de los niñas, niños, y adolescentes sobre éstos son aspectos de investigación relevantes, toda vez que existe evidencia nacional que ha mostrado, en base a la experiencia de egresados y egresadas del sistema de cuidados alternativos de SENAME, que el uso de fármacos en residencias resulta un motivo de especial supervisión debido a tres aspectos: (i) la posible sobre medicalización que se ejerce desde la institución o residencia hacia los niñas, niños, y adolescentes; (ii) cómo dicha sobre medicalización es una posible respuesta ante situaciones de descontrol de las niñas, niños, y adolescentes, sin mediar otras alternativas de intervención; (iii) y por último, cómo es posible que la dependencia generada a los medicamentos (especialmente psicofármacos) puede ser utilizado para coaccionarlos (Consejo Consultivo del Observatorio para la confianza, 2020).

Gráfico 41: Recibió tratamiento farmacológico en el último mes, según grupo y ola - Hombres



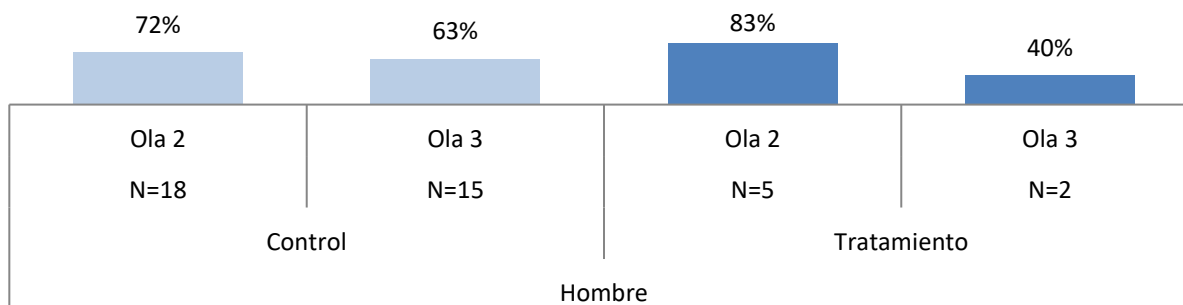
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 42: Recibió tratamiento farmacológico en el último mes, según grupo y ola - Mujeres



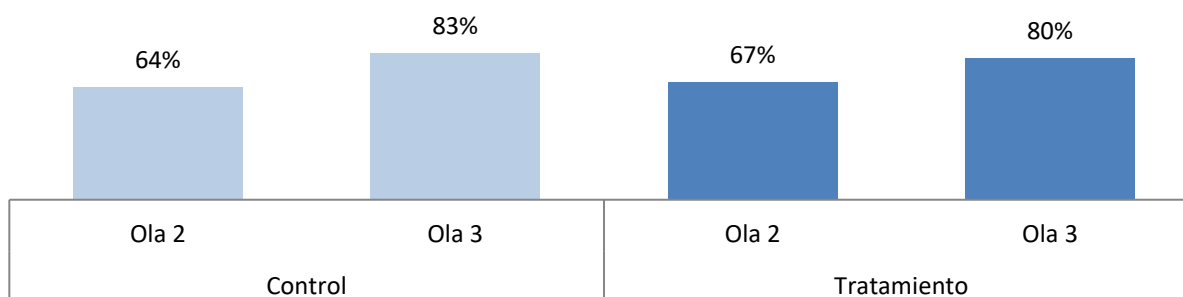
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

Gráfico 43: ¿Sabes qué remedios tomas?, según grupo y ola (%Si) - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 6. N control = 25. El N total considera sólo el número de casos que reportó utilizar fármacos para cada grupo (Tratamiento y Control).

Gráfico 44: ¿Sabes por qué los tomas?, según grupo y ola (%Si) - Hombres

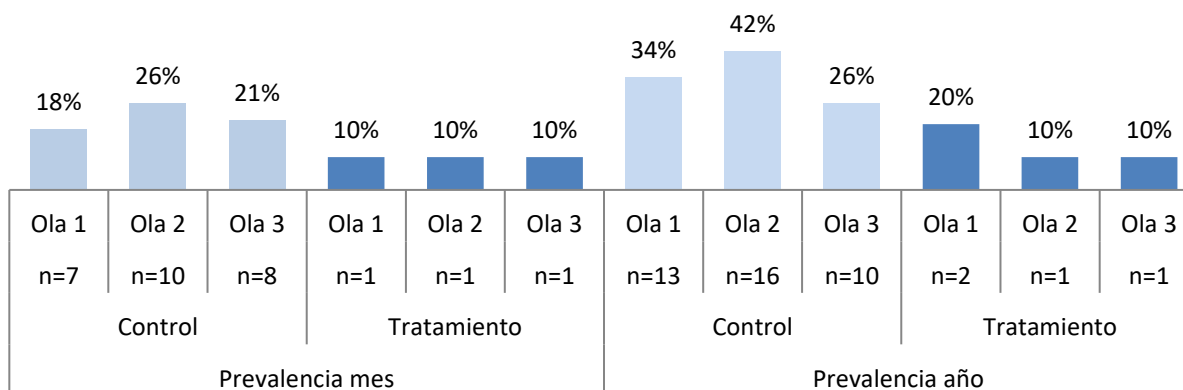


Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 6. N control = 25. El N total considera sólo el número de casos que reportó utilizar fármacos para cada grupo (Tratamiento y Control).

Consumo de sustancias

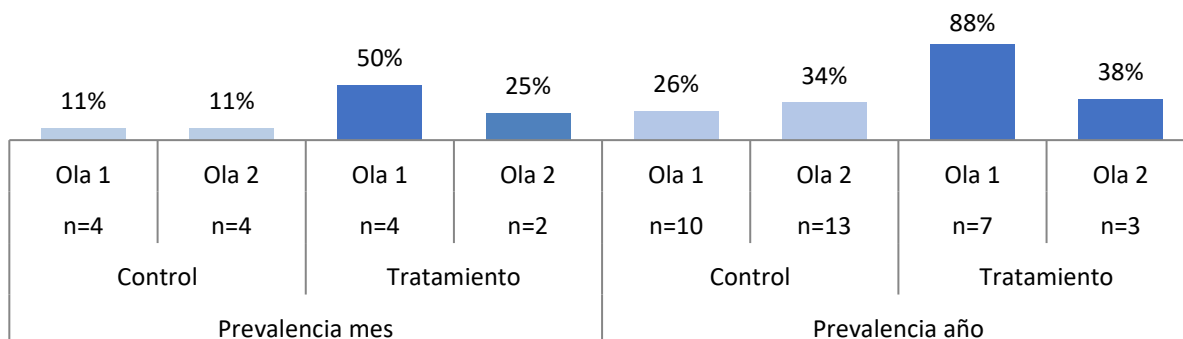
En primer lugar, se exponen los resultados sobre el uso de tabaco entre los y las niñas, niños, y adolescentes. Para las niñas, niños, y adolescentes, la evidencia muestra que el grupo de control presenta un mayor consumo de tabaco que el grupo de tratamiento, lo cual se sostiene en el tiempo (Gráfico 45). En específico, se observa que independiente de la ola en estudio, 1 de cada 5 niñas, niños, y adolescentes del grupo de control declaró consumir tabaco en los últimos 30 días (prevalencia mes), mientras que esto sucede en 1 de cada 10 niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento. En cuanto a la declaración de consumo de tabaco en los últimos 12 meses (prevalencia año), se observa que las proporciones anteriores se doblan principalmente en el grupo de control, en el que la prevalencia año fluctúa entre un 34% y un 26% en las olas 1 y 3 respectivamente. Por su parte, al observar los datos para las niñas, niños, y adolescentes (Gráfico 46), salta a la vista que- a diferencia de sus pares masculinos-, las mujeres del grupo de tratamiento presentan mayor consumo de tabaco que las del grupo de control, en ambas olas en estudio. Además, los datos muestran que, al observar la prevalencia del último mes, las niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento disminuyen su consumo entre olas 1 y 2, mientras que en el caso de los controles esta se mantiene, y aumenta en el caso de la prevalencia año.

Gráfico 45: Prevalencia mes y año de consumo de tabaco, según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

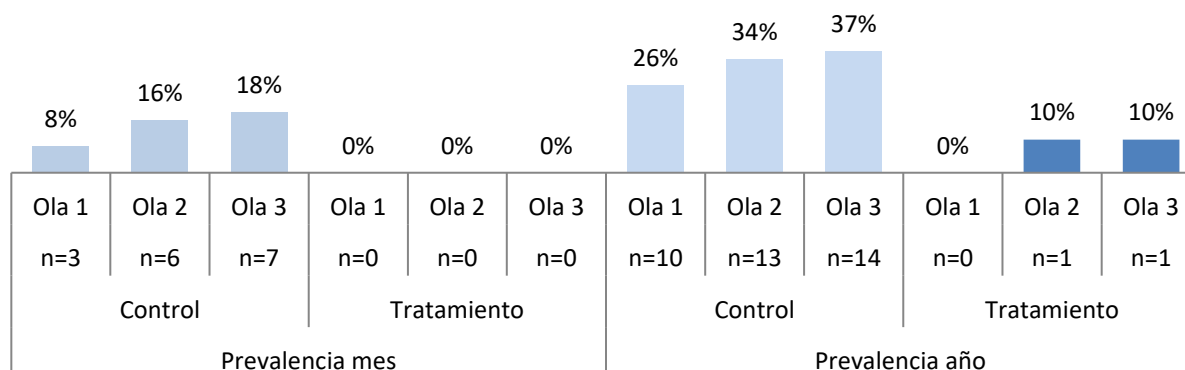
Gráfico 46: Prevalencia mes y año de consumo de tabaco, según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

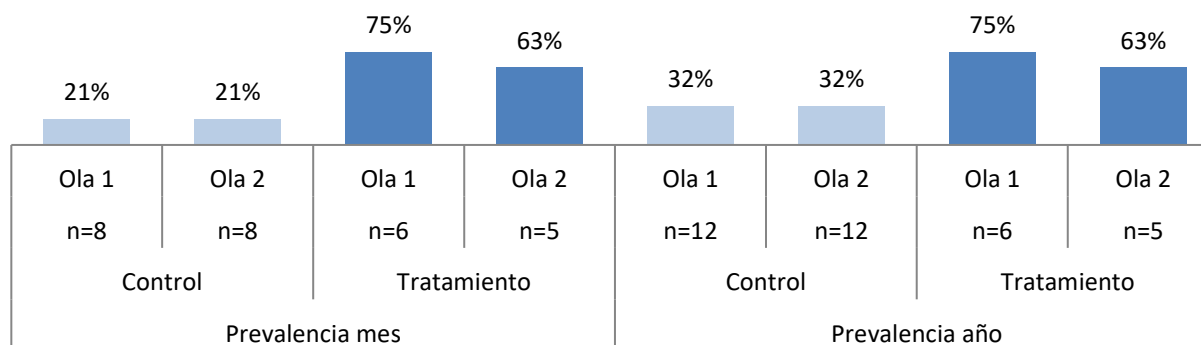
Respecto al **consumo de alcohol** (Gráfico 47) en la población masculina, los datos muestran que el grupo de control presenta mayores prevalencias en comparación al grupo de tratamiento, lo que persiste a través de las olas estudiadas. Considerando la prevalencia mes, se observa que mientras el grupo de tratamiento no declaró consumir alcohol en ninguna de las olas, el grupo de control aumentó su consumo de alcohol, empezando con un 8% en la ola 1, lo que se dobla en la ola 2 (16%), y finalmente alcanza un 18% de los casos. Una tendencia similar se observa al analizar la prevalencia año de consumo de alcohol, aunque como es esperable dada la mayor amplitud de tiempo considerada (últimos 12 meses) son mayores los casos: fluctuando entre un 26% a un 37% de los casos entre las olas 1 y 3 para el grupo de control; y entre un 0% y un 10% en el caso del grupo de tratamiento. Igual que en el caso del uso de tabaco, al observar la población femenina (Gráfico 48), destaca que el grupo de tratamiento presenta mayor consumo que el de control en ambas olas. Además, se evidencia que el grupo de tratamiento femenino exhibe bajas entre la línea de base y la segunda ola, no obstante, las prevalencias que muestran siguen siendo más altas que las del grupo de control.

Gráfico 47: Prevalencia mes y año de consumo de alcohol, según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

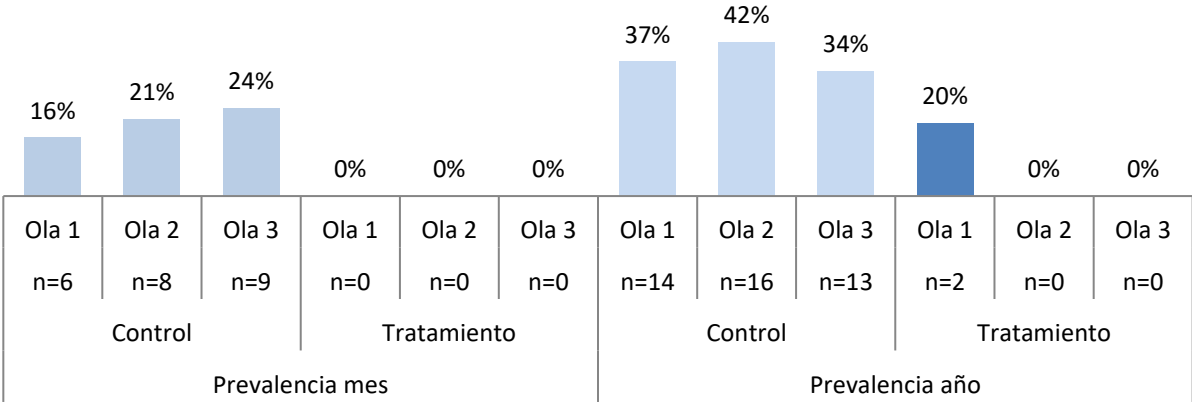
Gráfico 48: Prevalencia mes y año de consumo de alcohol, según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

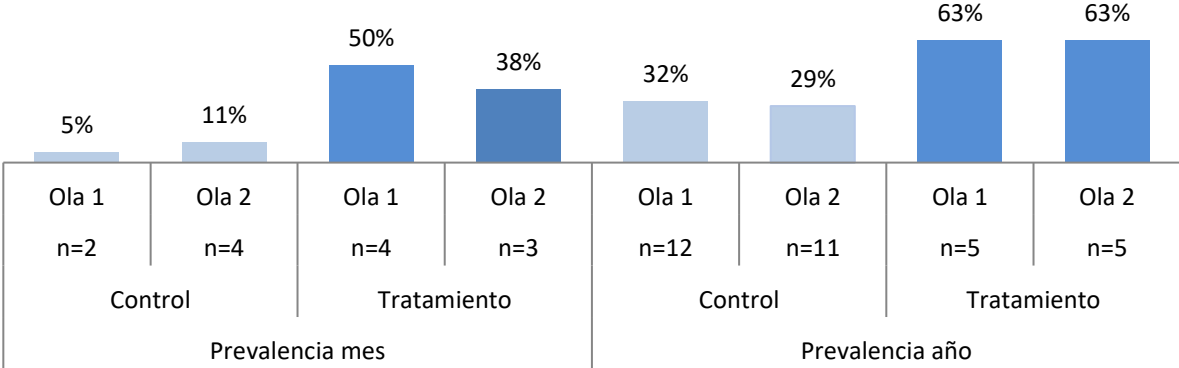
En línea con el análisis anterior, **los datos muestran que, para la población masculina en estudio, el grupo de control presenta mayor consumo de marihuana que el grupo de tratamiento, de manera sostenida en el tiempo estudiado** (Gráfico 49). Respecto a la prevalencia de consumo de marihuana en los últimos 30 días, se evidencia que no existen casos para el grupo de tratamiento en ninguna de las olas. Por el contrario, con el pasar de las distintas mediciones, son más las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control que reportan haber consumido esta sustancia, aumentando desde un 16% en la ola 1, a un 21% en la ola 2 y luego a un 24% en la ola 3. Respecto a la prevalencia año, más de un tercio de las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control reporta consumo en cada medición, y aunque un quinto de los casos del grupo de tratamiento reportó consumo en la primera ola, en las olas posteriores no se observan casos de consumo en este último grupo. **El panorama cambia vemos lo ocurrido entre las mujeres (Gráfico 50) ya que el grupo de tratamiento presenta mayor involucramiento en consumo de marihuana.** En efecto, mientras 2 de cada 3 adolescentes declaró haber consumido esta sustancia durante los últimos 12 meses en el grupo de tratamiento, solo 1 de cada 3 declara esto en el grupo de control.

Gráfico 49: Prevalencia mes y año de consumo de marihuana, según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

Gráfico 50: Prevalencia mes y año de consumo de marihuana, según grupo y ola - Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Debido a que los porcentajes son pequeños, se expone el “n”, que es el número de casos equivalente a la proporción expuesta en cada caso.

Por último, se debe mencionar que se analizaron los resultados para otras sustancias, como cocaína, pasta base y tranquilizantes, pero su consumo resultó tan mínimo en los grupos de interés que se decidió no presentar esta información.

6.2.4 Logros educativos

La importancia de la educación formal como un medio que permita a las personas llevar una vida exitosa e independiente ha aumentado durante los últimos años, siendo que la educación formal es considerada uno de los principales medios de movilidad social ascendente. No obstante, existe gran consenso respecto a las inequidades dentro del sistema educacional chileno. Los niños, niñas y adolescentes que forman parte del sistema de protección no han sido un foco ni una prioridad de la política pública en otros países, siendo que estos enfrentan mayores dificultades en sus trayectorias educativas que un niño, niña o

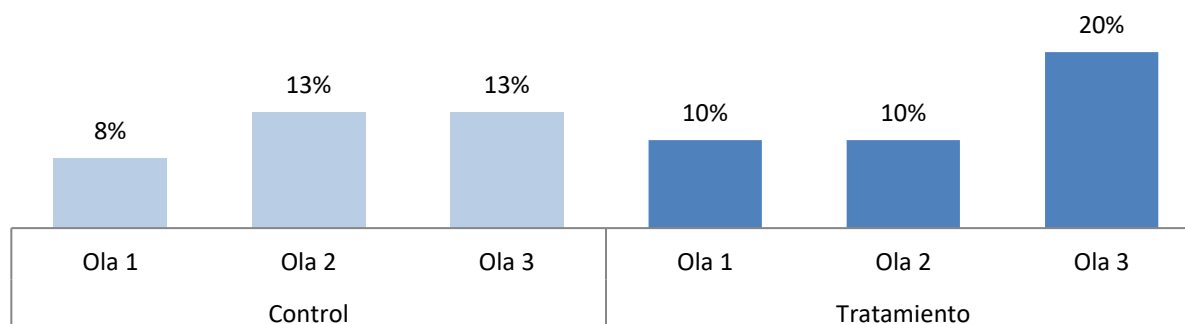
adolescente promedio (Groinig & Sting, 2019). De acuerdo al Informe de la ONU (2018) el Ministerio de Educación muchas veces funciona como obstaculizador en las trayectorias educativas de las niñas, niños, y adolescentes, al no permitir la flexibilidad de una atención especializada y las adaptaciones curriculares que potencialmente requeriría.

En Chile se ha levantado el debate dentro de los últimos años, llevando al establecimiento de ciertos compromisos entre el Ministerio de Educación y SENAME (Ministerio de Educación, 24 de octubre 2016) que, entre otras cosas, busca procurar un acceso prioritario para las niñas, niños, y adolescentes, capacitaciones para profesionales de la educación, adaptaciones curriculares y el desarrollo de programas de reinserción. Sin embargo, aproximadamente un 7,8% de las niñas, niños, y adolescentes no asiste al colegio, existiendo incluso niños y niñas analfabetos y 1.418 de las niñas, niños, y adolescentes presenta retraso escolar (Observa, 2014). De acuerdo con datos de la Auditoría Social realizada el año 2018 (SENAME, 2018) 1.187 niños, niñas y adolescentes no se encontraban matriculados durante este año. En el caso de los CREAD, corresponde a un 34,4%. El retraso escolar puede explicarse, en parte, por las reiteradas vulneraciones que han sufrido al interior de su familia y la ausencia de adultos dispuestos a apoyarlos en su reinserción escolar y en el logro de aprendizajes, habiendo inclusive situaciones en que los mismos adultos lo retiran del establecimiento escolar.

En términos de repitencia, los datos dan cuenta que para la población masculina en estudio no existen diferencias importantes respecto a la repitencia entre el grupo de tratamiento y control en el periodo estudiado, puesto que en ambos bordea el 10% de los casos (Gráfico 51). La excepción ocurre en el grupo de tratamiento para la última ola, donde alcanza el 20%, no obstante, se debe interpretar el alza con cautela, ya que, en términos de casos, dicho porcentaje equivale a 2 casos. Luego, al revisar los datos desagregados por edad de las niñas, niños, y adolescentes (Gráfico 52) se observa que en general son aquellos menores de 16 años quienes presentan mayor repitencia en el tiempo, manteniéndose constante en el caso del grupo de tratamiento. Considerando que se trata de niñas, niños, y adolescentes que en general llevan varios años en la residencia, ha de asumirse que la repitencia del año pasado se dio durante su estadía en la residencia actual en el caso del grupo de tratamiento. Lo anterior, da pie a preguntarse por la mantención de este indicador en los más jóvenes y su aumento en el tiempo. Luego, en el caso de la población femenina en estudio (Gráfico 53), la evidencia es preocupante ya que arroja que las mujeres del grupo de tratamiento presentan mayores niveles de repitencia que el grupo de control y que la brecha se amplía aún más en la segunda ola estudiada.

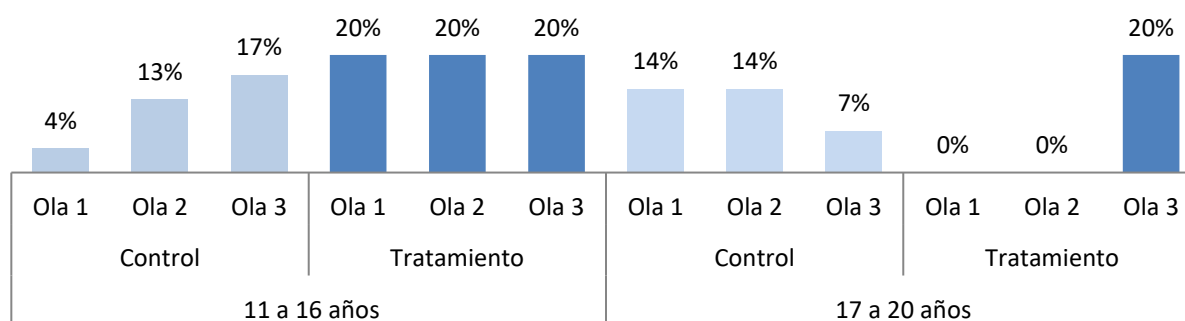
Al revisar la asistencia para la población masculina (Gráfico 54), el Programa Piloto obtiene buenos resultados, toda vez que el 100% de las niñas, niños, y adolescentes declaró estar asistiendo al colegio en la última medición, sobre el 84% reportado por los niñas, niños, y adolescentes del grupo de control. Al revisar el dato desagregado por tramo etario se observa mayor participación escolar en ambos grupos etarios por parte del grupo de tratamiento (Gráfico 55). En el caso de las mujeres (Gráfico 56), se observa menor asistencia escolar en el grupo de tratamiento, lo que se mantiene en ambas mediciones. Estos resultados son consistentes con los resultados cualitativos levantados por este estudio (expuestos en profundidad en Evaluación de procesos), que relevaron que las niñas, niños, y adolescentes pertenecientes a Anita Cruchaga no lograron mayor involucramiento con la intervención, ni tampoco con las reglas y orientaciones del equipo de la residencia, lo que explicaría su peor desempeño respecto al ámbito educativo.

Gráfico 51: ¿Has repetido de curso en el último año?, según grupo (% Sí)- Hombres



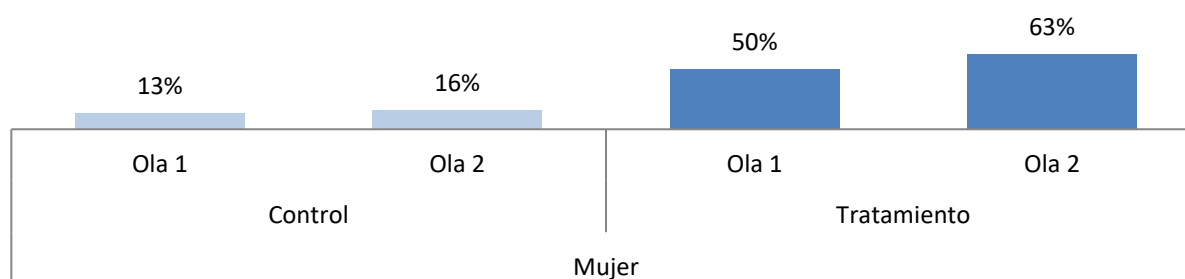
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 52: ¿Has repetido de curso en el último año?, según grupo y tramo etario (% Sí)- Hombres



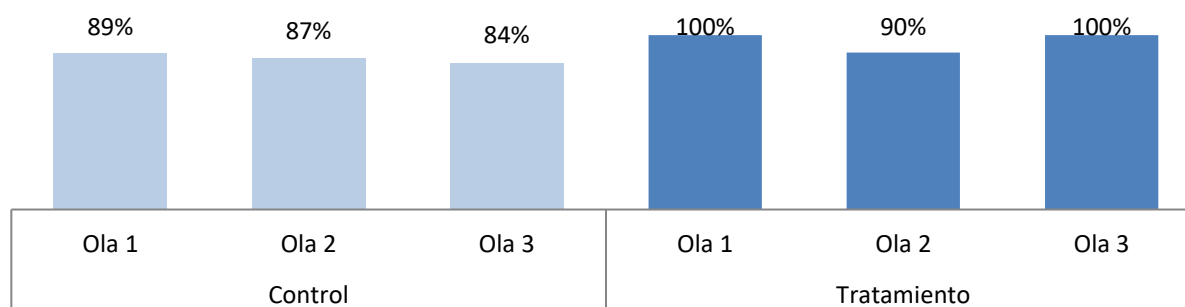
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Grupo 11 a 16 años: N tratamiento = 5; N control = 24. Grupo 17 a 20 años: N tratamiento = 5. N control = 14.

Gráfico 53: ¿Has repetido de curso en el último año?, según grupo (% Sí)- Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

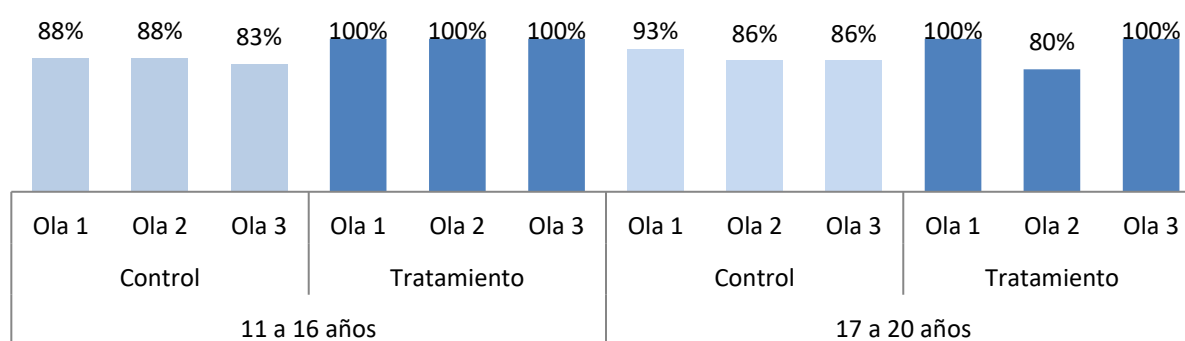
Gráfico 54: Actualmente, ¿estás asistiendo a clases (ya sea presencial o virtualmente)? (% Sí)-Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

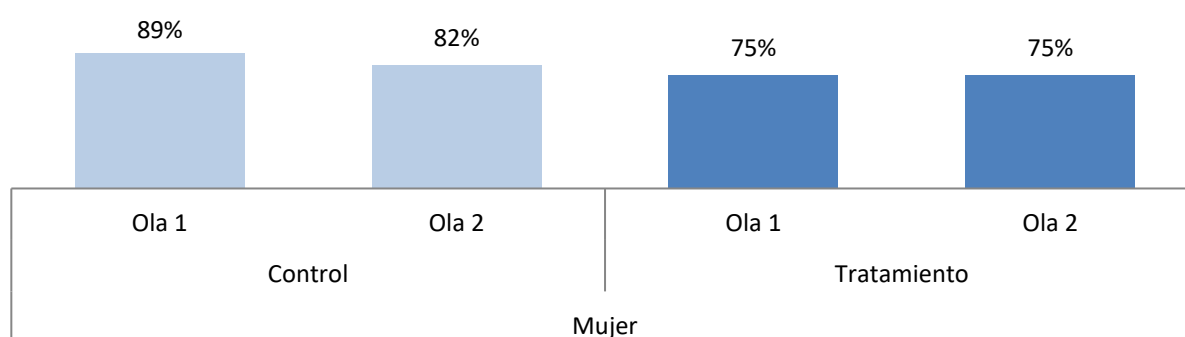
N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 55: Actualmente, ¿estás asistiendo a clases (ya sea presencial o virtualmente)? (% Sí), según grupo y tramo etario-Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. Grupo 11 a 16 años: N tratamiento = 5; N control = 24. Grupo 17 a 20 años: N tratamiento = 5. N control = 14.

Gráfico 56: Actualmente, ¿estás asistiendo a clases (ya sea presencial o virtualmente)? (% Sí)-Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38.

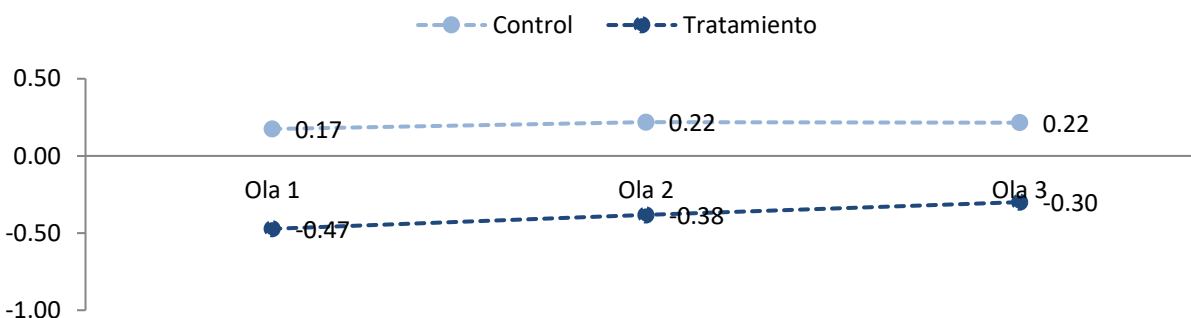
6.2.5 Vinculación familiar y redes de apoyo

La evidencia plantea que mientras mayor es el nivel de participación de los padres y madres en la residencia, principalmente a través de visitas a sus hijos e hijas, mayor es la probabilidad de reunificación

familiar (Geurts, 2011; Nickerson, 2006). De ahí que la vinculación familiar sea uno de los principales indicadores de interés. Para evaluar los cambios en la vinculación familiar se consideró la Subescala de vinculación familiar (SVF) e indicadores sobre frecuencia de contacto con redes.

Respecto a la SVF, se debe mencionar que ésta es parte (una subescala) del instrumento Kid Screen. La SVF indaga en tres aspectos de la relación de los y las niñas, niños, y adolescentes con la familia (con alternativas de respuesta de 1 a 5): (i) ¿Te has contactado o visto con tu familia?, (ii) ¿Has estado feliz cuando hablas con ellos o se ven?, y (ii) ¿Te has sentido querido por tu familia? La SVF es el resultado de la estimación de un indicador sumativo que considera los tres ítems antes señalados. Para calcular la escala, se contemplaron sólo los casos que respondieron todos los (3) ítems, se estandarizaron los valores y luego se calculó un promedio. Los gráficos a continuación exponen el puntaje promedio de la SVF construida.

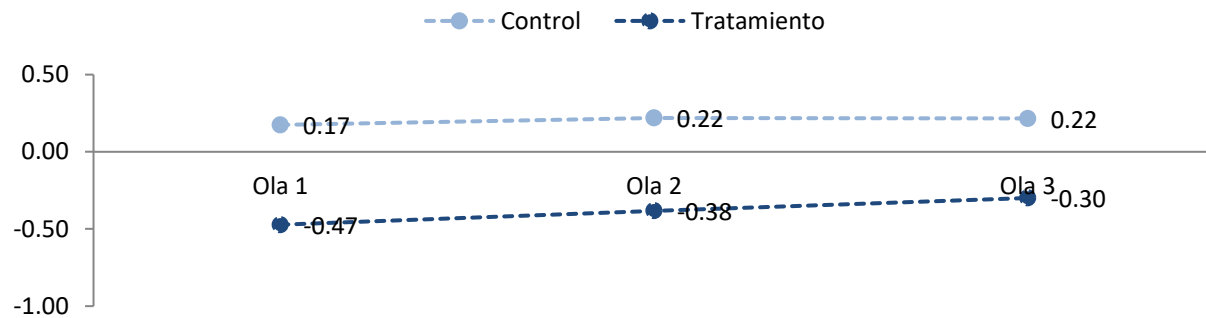
Los resultados muestran que de forma consistente con el pasar del tiempo (Ver Gráfico 57 y Gráfico 60) ocurre tanto para la población masculina como femenina que los y las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control tienen mayor vinculación familiar que los del grupo de tratamiento. No obstante, al examinar la población masculina en estudio, la brecha entre grupo y control y tratamiento se hace más pequeña con el pasar de las olas 2 y 3. Al desagregar estos datos por grupos etarios (Ver



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

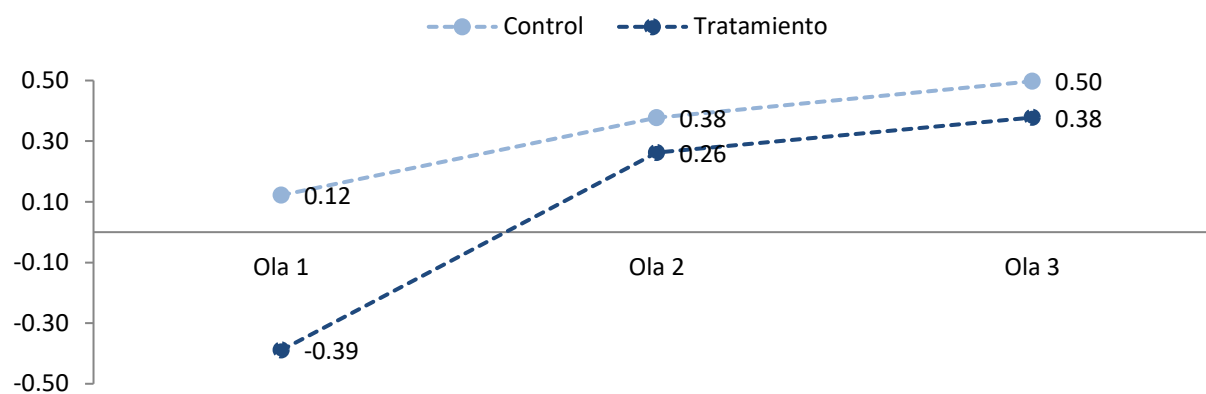
Gráfico 58 y Gráfico 59), salta a la vista que la vinculación familiar es bastante más alta para el grupo de niñas, niños, y adolescentes de menor edad (entre los 11 y 16 años), y que va mejorando en las distintas mediciones, aunque prevalece la diferencia que ubica al grupo de control sobre el de tratamiento. Por el contrario, para el grupo de mayor edad – niñas, niños, y adolescentes entre los 17 y 20 años- sobresale que la relación con la familia se debilita en cada medición para ambos grupos (Ver Gráfico 59), aunque también en este caso el grupo de tratamiento se ubica siempre con valores más bajos que el de control. Al analizar la población de mujeres (Gráfico 60), se evidencia que las mujeres tienen una vinculación familiar más débil que sus pares masculinos en términos generales, y además ésta se deteriora en la medición intermedia (ola 2) con respecto a la línea de base para ambos grupos. Adicionalmente, se mantiene la tendencia de que el grupo de control se ubica en una mejor posición que el grupo de tratamiento respecto a la vinculación familiar, en ambas olas estudiadas.

Gráfico 57: Subescala vinculación con la familia (Kid Screen) según grupo y ola- Hombres



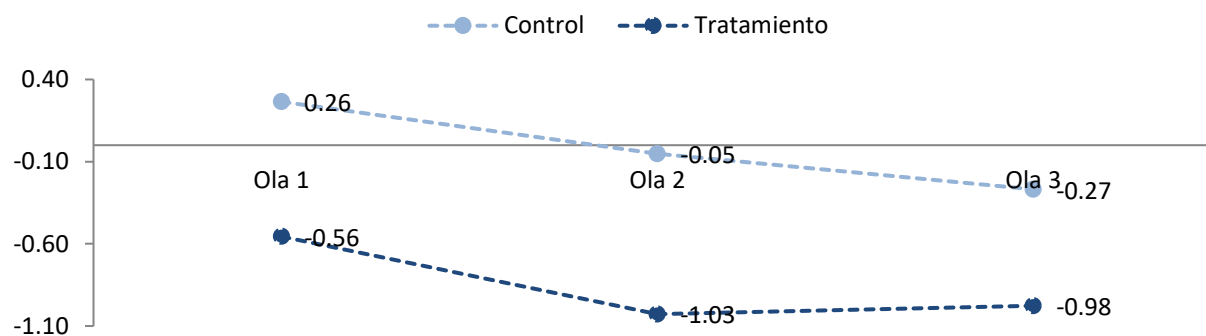
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 58: Escala vinculación con la familia (Kid Screen) según grupo y ola- Hombres 11 a 16 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 5. N control = 24.

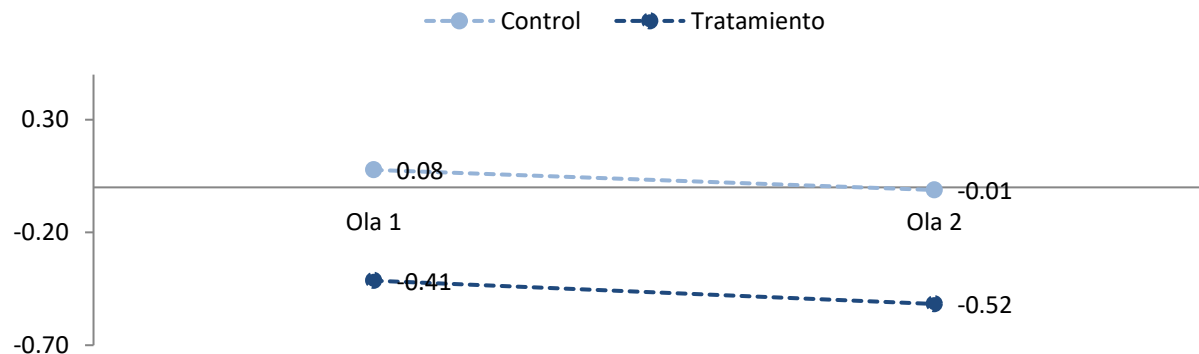
Gráfico 59: Escala vinculación con la familia (Kid Screen) según grupo y ola- Hombres 17 a 20 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

N tratamiento = 5. N control = 14.

Gráfico 60: Subescala vinculación con la familia (Kid Screen) según grupo y ola- Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

N tratamiento = 8. N control = 38.

En segundo lugar, la encuesta a los adolescentes incluyó un **módulo sobre frecuencia de contacto con sus redes**. En éste, se consultó por la frecuencia de la relación con distintas figuras cercanas durante el último mes. Se exponen los resultados para aquellos que respondieron que ven con frecuencia a cada figura, es decir, 1 o más veces al mes. Se debe tener en cuenta que el N total de casos para cada categoría considera el número total de casos que declaró contar con cada figura o red.

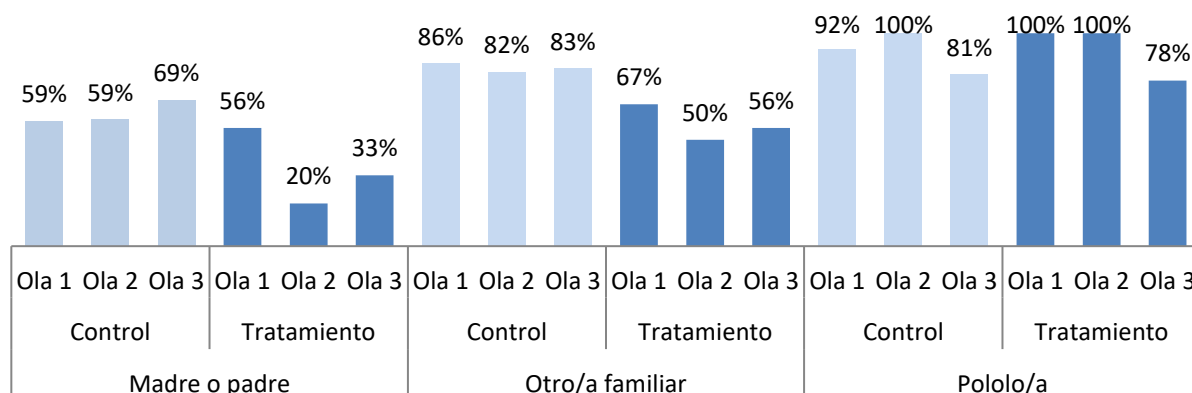
Tanto para mujeres como para hombres, destaca que la figura con la que más contacto tienen son sus parejas o pololo/a, seguido por otros u otras familiares (hermano/a, abuelo/a, tío) y luego, su padre o madre. Al examinar los resultados para las niñas, niños, y adolescentes (varones), a excepción de las parejas o pololos/as, el grupo de tratamiento tiene menos contacto que el de control con sus familiares, y esta diferencia es especialmente notoria en el caso de la relación con la madre o el padre (Gráfico 61). En cuanto a la diferencia en el tiempo, destaca respecto a la **relación con madre o padre** que el grupo de control mejoró su relación en la última ola- desde un 59% de niñas, niños, y adolescentes que declararon una relación cercana con su madre o padre en la ola 1, a un 69% que declaró lo mismo en la ola 3-, mientras que el de tratamiento disminuyó su contacto con sus padres, ya que mientras en la ola 1 un 56% (equivalente a 5 casos) reportó una relación frecuente, en la ola 3 este porcentaje cae a un 33% (3 casos). En cuanto a la relación con **otros u otras familiares** en el tiempo, destaca que mientras no se observan mayores diferencias para el grupo de control (con al menos un 82% de los casos reportando contacto frecuente para cada ola), para el grupo de tratamiento el porcentaje de niñas, niños, y adolescentes que declara una relación frecuente cae de un 67% a un 56%, sin embargo, se debe notar que en términos netos de casos, esa diferencia es mínima, ya que significa el cambio de 6 casos (ola 1) a 5 casos (en las olas 2 y 3).

En tercer lugar, respecto a los cambios en la **relación con las parejas o pololos/as** de las niñas, niños, y adolescentes, destaca en primer lugar que independiente del grupo, en la última ola son más las niñas, niños, y adolescentes que declara tener pololo/a o pareja, de ahí la diferencia en el N total para cada caso. Para el grupo de control, se observa una disminución de 10 puntos porcentuales respecto a la proporción de niñas, niños, y adolescentes que declaró tener una relación frecuente con sus pololos/as o pareja entre las olas 1 y 3 (de 92% a 81%), aunque los porcentajes continúan siendo altos. En el caso del grupo de tratamiento ocurre algo similar, ya que mientras todos (N=2) las niñas, niños, y adolescentes con pareja o pololo/a declaró sostener una relación frecuente, en la ola 3 ocurre que del total de los niñas, niños, y adolescentes con pololo o pareja (N=9), 7 de ellos declaró verla/o con frecuencia.

Para la población femenina (Gráfico 62), se observa que no existen diferencias marcadas entre el grupo de tratamiento y control respecto a la frecuencia de contacto con sus redes. La mayor diferencia entre estos grupos se observa en el caso de la relación con su padre o madre, donde las mujeres del grupo de tratamiento declaran sostener una relación más frecuente, y, además, esta relación mejora de manera sustantiva en la última medición considerada para este grupo (ola 2).

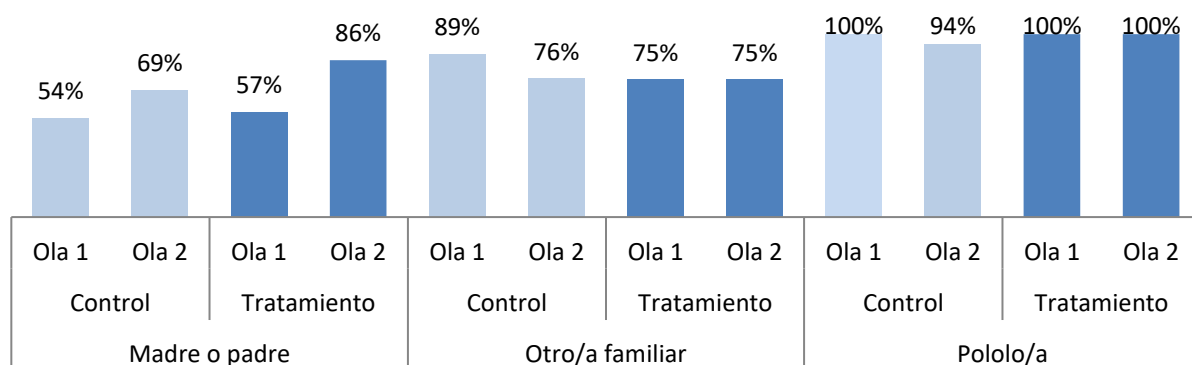
Los bajos índices en la evaluación de resultados del Programa Piloto en este ámbito sorprende, ya que se contrasta con el esfuerzo -relevado a propósito de la evaluación de procesos- por incorporar una dupla psicosocial de profesionales orientado específicamente a fomentar el trabajo con las familias y figuras significativas para los y las niñas, niños, y adolescentes, la cual se valoró en gran manera. Quizás resulte preciso que el Programa evalúe los obstáculos experimentados por la familia y otras redes para establecer un mayor involucramiento con los y las niñas, niños, y adolescentes, atendiendo a las recomendaciones de la literatura, que llama a que los equipos de intervención estén continuamente evaluando los impedimentos (presupuestarios, legales, falta de herramientas emocionales, entre otros) para favorecer la vinculación familiar (Nickerson, 2006; Geurts, 2011).

Gráfico 61: Frecuencia de contacto con redes, según grupo y ola (proporción)- Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 62: Frecuencia de contacto con redes, según grupo y ola (proporción)- Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

N tratamiento = 8. N control = 38.

6.2.6 Seguridad del cuidado

El concepto de *‘seguridad del cuidado’* alude a que las residencias y los equipos de intervención cuenten con la infraestructura, herramientas, protocolos y procesos mínimos para proveer una protección adecuada a las niñas, niños, y adolescentes. Se aplicó una escala de Seguridad de Cuidado a todos los cuidadores encuestados en la medición intermedia (Ola 2). La escala se compone de 36 preguntas que abordan una serie de ámbitos respecto al funcionamiento de la residencia. Se utiliza tradicionalmente para evaluar el cuidado de pacientes en el contexto del sistema de salud, pero fue adaptada en este estudio para medir el cuidado en contextos residenciales. Se aplicó la escala a todos los cuidadores encuestados en 2019. La Tabla 13 muestra los indicadores principales para la seguridad del cuidado, con azul aquellos ítems evaluados con un mejor desempeño y en rojo aquellos con un peor desempeño, de acuerdo a lo declarado por los cuidadores.

En el ámbito del **trabajo**, los resultados sugieren que las residencias de control obtienen una mejor evaluación. En las residencias piloto se destaca que un 69% de los cuidadores declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con la frase *“los trabajadores tienen que trabajar con apuro porque tienen mucho que hacer”*, con 39 puntos porcentuales de ventaja sobre el grupo de control. En la misma línea, sólo un 8% declaró acuerdo con que se tienen los suficientes trabajadores para realizar todo el trabajo. Esto deja entrever que los cuidadores de los pilotos se sienten sobrepasados dada la cantidad de trabajo a realizar y el número de tutores por residencia. Aun cuando la literatura es enfática respecto a lo demandante que resulta el trabajo con niñas, niños, y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas (Barton, 2012), sorprende que los cuidadores del Programa Piloto muestren una visión más crítica que los de residencias tradicionales, dado que estas cuentan aún con menores recursos humanos. Además, los tutores tampoco sienten tener el suficiente entrenamiento para manejar a las niñas, niños, y adolescentes más complejos.

Tabla 13: Porcentaje de cuidadores que declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con las afirmaciones relacionadas a la seguridad del cuidado según grupo

	Control	Tratamiento	N
Trabajo			
Los trabajadores de la residencia se tratan con respeto.	80%	69%	43
Los trabajadores de esta residencia se apoyan uno al otro.	67%	54%	43
Tenemos suficientes trabajadores para hacer todo el trabajo.	40%	8%	43
Los trabajadores siguen las normas y procedimientos para el cuidado de los residentes.	77%	46%	43
Los trabajadores se sienten parte de un equipo de trabajo.	73%	69%	43
Los trabajadores simplifican las labores del trabajo para terminarlo más rápido.	43%	23%	43
Los trabajadores tienen que trabajar con apuro porque tienen mucho que hacer.	30%	69%	43
Cuándo alguien en esta residencia está muy ocupado, este recibe ayuda de otros trabajadores.	63%	85%	43
Cuándo un residente sufre un daño, se culpa a los trabajadores.	30%	15%	43
Los trabajadores tienen suficiente entrenamiento para manejar a los niños más complejos.	27%	8%	43
Los trabajadores temen reportar sus errores.	67%	46%	43
Los trabajadores entienden el entrenamiento que reciben en esta residencia.	60%	39%	43
Para facilitar las cosas, los trabajadores ignoran procedimientos a menudo.	41%	15%	42
Los trabajadores son tratados justamente cuando cometen errores.	60%	46%	41

Es difícil mantener a los residentes seguros porque muchos trabajadores renuncian al trabajo.	57%	62%	43
Comunicación			
Los trabajadores son informados de lo que tienen que saber antes de atender a un residente por primera vez.	60%	85%	43
Se les informa a los trabajadores inmediatamente, cuando hay algún cambio en el plan de intervención de un residente.	67%	69%	43
Cuando los residentes son transferidos a otro centro o programa, tenemos toda la información necesaria.	60%	85%	43
Cuándo los trabajadores reportan algo que podría perjudicar a un residente, alguien se encarga del problema.	73%	92%	43
En esta residencia, hablamos sobre la manera de evitar que los incidentes se repitan.	90%	92%	43
Supervisión			
Mi supervisor escucha ideas y sugerencias de los trabajadores acerca de la seguridad de los residentes.	87%	85%	43
Mi supervisor elogia con palabras a los trabajadores que siguen los procedimientos correctamente.	73%	92%	43
Mi supervisor pone atención a los problemas de seguridad de los residentes en esta residencia.	90%	92%	43

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Cuidadores 2019.

(Continuación) Tabla 7: Porcentaje de cuidadores que declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con las afirmaciones relacionadas a la seguridad del cuidado según grupo

Residencia	Control	Tratamiento	N
Los residentes están bien cuidados en esta residencia.	87%	100%	43
Los administradores les preguntan a los trabajadores cómo esta residencia puede mejorar la seguridad de los residentes.	70%	92%	43
Esta residencia permite que se cometan los mismos errores una y otra vez.	23%	8%	43
Es fácil hacer cambios para mejorar la seguridad de los residentes en esta residencia.	70%	46%	43
Esta residencia está continuamente haciendo cambios para mejorar la seguridad de los residentes.	73%	85%	43
Esta residencia hace un buen trabajo para mantener la seguridad de los residentes.	90%	85%	42
Los administradores escuchan las ideas y sugerencias de los trabajadores para mejorar la seguridad de los residentes.	72%	92%	42
Esta residencia es un lugar seguro para los residentes.	93%	85%	42
Los administradores hacen rondas continuas para asegurarse del buen cuidado de los residentes.	79%	85%	42
Cuándo esta residencia hace cambios para mejorar la seguridad de los residentes, revisa para ver si los cambios funcionaron.	83%	85%	42
Le diría a mis amistades que esta residencia es un lugar seguro para sus familiares.	83%	85%	42

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Cuidadores 2019.

En cuanto a la **comunicación**, los pilotos obtienen mejores resultados a las residencias control. En principio, se observa que los procedimientos de derivación a otras residencias son valorados positivamente en este grupo. Por una parte, un 85% declara que se sienten informados cuando una niña, niño, o adolescente es derivado a la residencia y, por otra parte, el mismo porcentaje declara que se sienten informados cuando una niña, niño, o adolescente es derivado desde la residencia a otro dispositivo (Tabla 13). Por su parte, los pilotos también muestran mejores resultados cuando se les consultó a los cuidadores respecto a la **supervisión**, evidenciando un buen trabajo de los directores.

El último grupo de preguntas apunta a una evaluación general de la **residencia**, donde el grupo de tratamiento también obtiene mejores resultados en comparación al grupo de control. Destaca que todos los tutores están de acuerdo con que los residentes están bien cuidados en la residencia (Tabla 13), no obstante, los cuidadores declaran inflexibilidad para mejorar los procesos para dar un mejor cuidado.

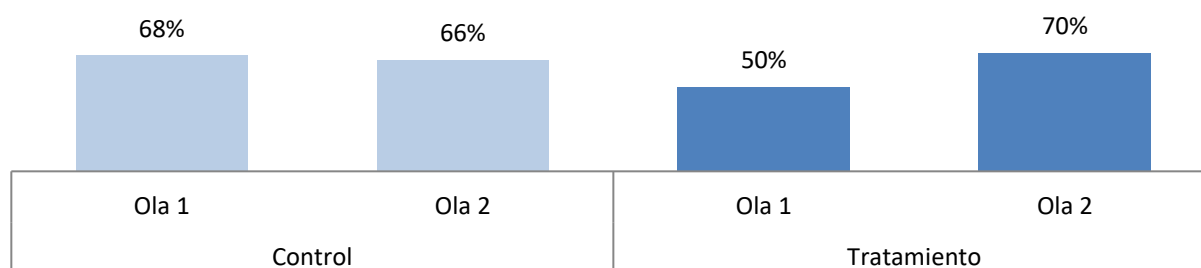
6.2.7 Riesgo de desprotección en relación con el sistema judicial

De acuerdo al último Informe del Comité de Derechos del Niño sobre la situación de Chile (Comité de los Derechos del Niño, 2018), el sistema judicial chileno de medidas de protección para niñas, niños, y adolescentes vulnerados en sus derechos posee problemas estructurales, que han significado muchas veces obstáculos para que esta población posea un efectivo acceso a la justicia. En respuesta a este diagnóstico- y como ya se ha mencionado antes- el Hogar de Cristo decidió innovar, incorporando la figura de un abogado al equipo profesional del Programa Piloto. De ahí que interese estudiar el riesgo de desprotección judicial de los y las niñas, niños, y adolescentes, y en específico, evaluar si los y las niñas, niños, y adolescentes beneficiarios del programa Piloto se encuentran en una mejor posición frente a este ámbito.

Tanto para la población masculina como la femenina en estudio, los resultados muestran que el apoyo legal aumentó en el grupo de tratamiento más que en el grupo de control (Gráfico 63 y Gráfico 64). Además, esta tendencia es mucho más marcada en el caso de la población femenina.

Cabe destacar que en la última ola (3) no se levantó la información sobre este indicador, debido a la necesidad de abreviar el cuestionario. Sin embargo, la información de la tercera ola hubiera permitido triangular la información con los resultados cualitativos de la evaluación de procesos, que indican que la asistencia legal deja de ser tan relevante durante el tercer año del Programa al menos desde la perspectiva del equipo profesional. Otro elemento que cambió en el último tiempo es el surgimiento del Programa Mi Abogado a nivel nacional, por lo que es posible plantear que la diferencia entre grupos se vea disminuida.

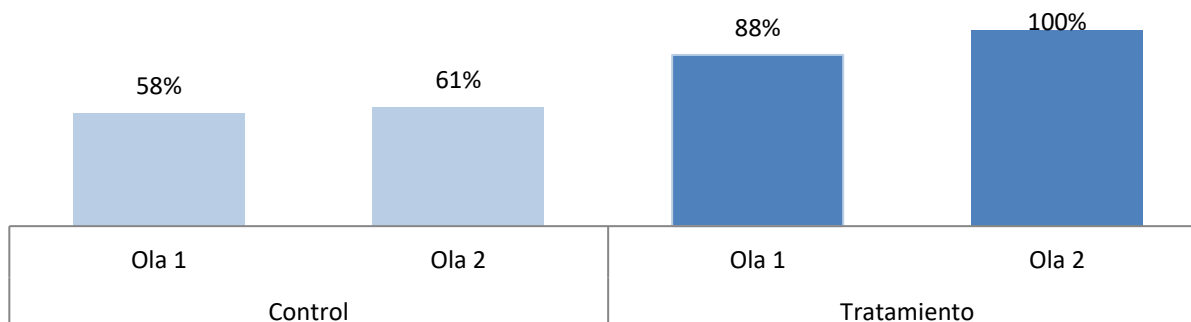
Gráfico 63: Ha recibido asistencia legal en el último año (%Sí)- Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

N tratamiento = 10. N control = 38.

Gráfico 64: Ha recibido asistencia legal en el último año (%Sí)- Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes.

N tratamiento = 8. N control = 38.

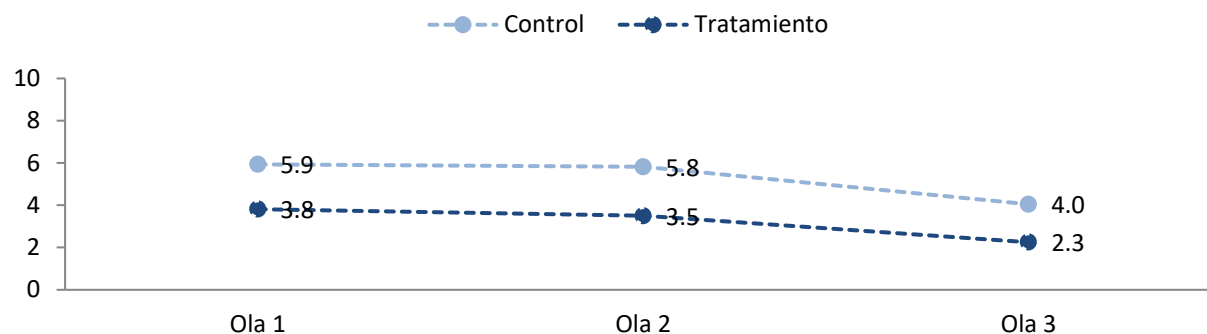
6.2.8 Confianza en actores

Se indagó en la percepción de confianza de las niñas, niños, y adolescentes respecto a dos actores con presencia relevante en sus vidas: SENAME y el equipo profesional de la residencia. Para esto se consultó a las niñas, niños, y adolescentes si es que en caso de que enfrentaran un periodo de dificultad, cuánto confiarían en cada uno de los actores antes mencionados, considerando una escala de 0 a 10 (siendo 0 “Muy poco” y 10 “Mucho”). Los resultados muestran que la confianza en SENAME por parte de los y las niñas, niños, y adolescentes es bastante baja en general (en promedio alcanza un puntaje de 4,3 considerando grupo de tratamiento y control), y ésta ha ido decreciendo con el pasar del tiempo (Ver Gráfico 65). Más aún, en el caso de la población masculina, en promedio se valora con un puntaje de 4,1 considerando tanto el grupo de tratamiento como el de control. No obstante, se observa que el grupo de tratamiento es bastante más crítico que el de control respecto a la valoración de esta institución, puesto que para la primera ola valoró a SENAME con un puntaje de apenas 2,3, frente a un 6,6 del grupo de tratamiento. Aunque en la ola 2, la brecha entre estos grupos se acerca, en la ola 3 vuelve a existir una gran diferencia, con un puntaje de sólo 2,5 asignado por el grupo de tratamiento, mientras que el grupo de control dobla el puntaje con 4,1.

Respecto a las mujeres, se observa que en promedio depositan mayor confianza en SENAME en comparación a sus pares masculinos, alcanzando un puntaje promedio de 5,1 considerando ambas olas. Sin embargo, a diferencia de la población masculina estudiada, resalta que no existe una diferencia consistente entre el grupo de tratamiento y control respecto a su opinión sobre SENAME. Esto porque aun cuando en la primera ola el grupo de control se mostró visiblemente más crítico que el de tratamiento (5,1 versus 6,6 respectivamente) en la Ola 2 la tendencia se da vuelta y la brecha crece, con un puntaje de 6,1 en el caso de control y tan solo de 2,6 para el grupo de tratamiento.

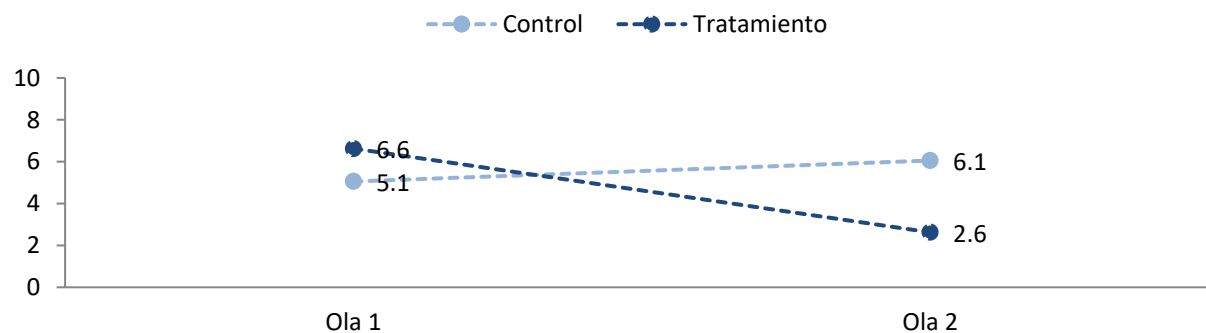
Estos hallazgos sugieren que los y las niñas, niños, y adolescentes, principales involucrados en el sistema de cuidados alternativos, tienen no sólo una baja confianza en SENAME, sino que a medida que crecen, ésta se deteriora aún más. De acuerdo a la experiencia internacional, tomar en cuenta la opinión y experiencia de los y las niñas, niños, y adolescentes bajo custodia estatal sobre el funcionamiento del sistema de protección, es un paso importante para avanzar a una efectiva incorporación de un enfoque de derechos (Bell, 2002; Cossar, Brandon, & Jordan, 2011). Por lo que resulta preciso mayor investigación sobre las razones detrás de los bajos niveles de confianza en SENAME de los y las niñas, niños, y adolescentes bajo su cuidado.

Gráfico 65: Confianza en SENAME (Promedio) según grupo y ola-Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Escala de confianza de 0 a 10.

Gráfico 66: Confianza en SENAME (Promedio) según grupo y ola-Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 37. Escala de confianza de 0 a 10.

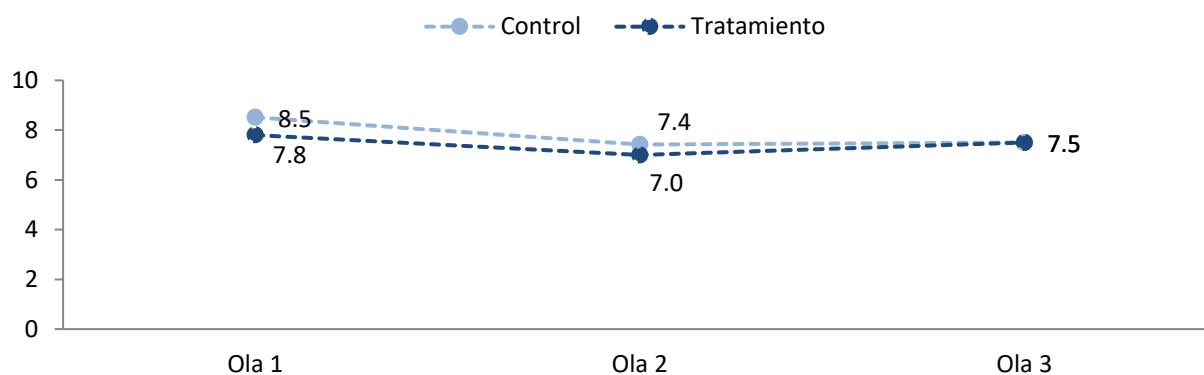
Con respecto a la confianza de los y las niñas, niños, y adolescentes en el equipo de la residencia (Gráfico 67), destaca que el nivel de confianza en términos generales es bastante más alto que con respecto a SENAME, promediando para hombres y mujeres en general, alrededor de un 7,3. Para las niñas, niños, y adolescentes de sexo masculino, se observa un promedio de 7,6 independiente de la ola. El grupo de tratamiento (hombres) parece también en este caso más crítico que el grupo de control en el tiempo, a excepción de la última ola, donde ambos puntúan un 7,5. No obstante, se observa que la variación en el tiempo respecto a su confianza en el equipo es bastante pequeña (alrededor de 1 punto entre ola 1 y 3).

Respecto a la población femenina en estudio (Gráfico 68), se observa que las niñas, niños, y adolescentes poseen un menor nivel de confianza en el equipo en comparación con los hombres (con un puntaje promedio de 6,9). Además, destaca que tanto para el grupo de tratamiento como para el de control, el nivel de confianza decrece en el tiempo (entre olas 1 y 2).

Respecto a las diferencias por grupo, se observa que las mujeres del grupo de tratamiento poseen consistentemente menor confianza que las del grupo de control (tanto en Ola 1 como en Ola 2). Mientras el grupo de tratamiento valora su confianza en el equipo con un 7 en la primera ola, el de control lo hace con un 7,7, esta diferencia cae a 6,1 y 6,8 respectivamente en la Ola 2. Esto es consistente con los resultados cualitativos relevados por la evaluación de procesos, en la que el equipo de intervención de la Residencia Anita Cruchaga fue entrevistado, y donde se hizo notar cómo enfrentaron obstáculos para desarrollar estrategias de vinculación efectivas con las niñas.

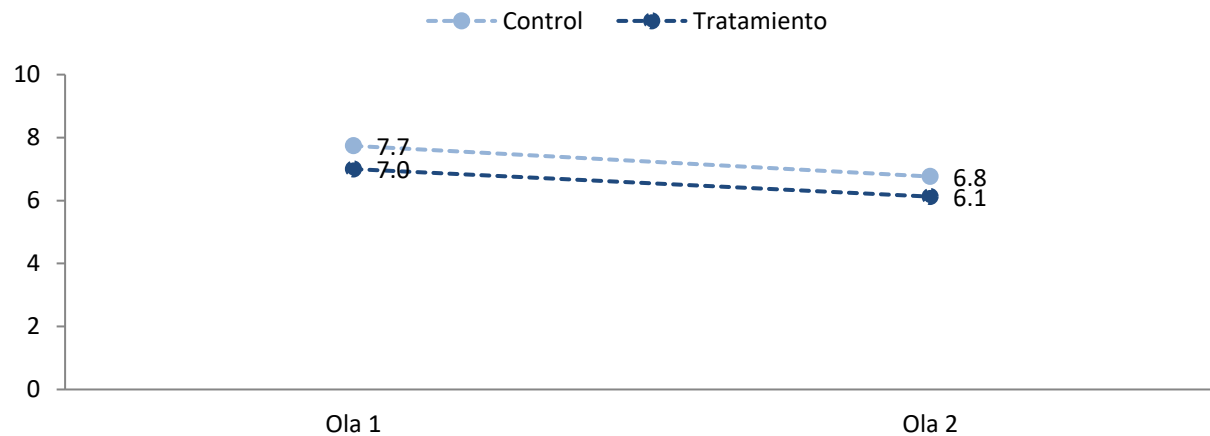
Los resultados para hombres y mujeres del grupo de tratamiento resultan insatisfactorios, considerando que, pese a que el Programa Piloto busca poner en el centro el trabajo vincular con niñas, niños, y adolescentes, los resultados cuantitativos, a más de dos años de implementación, no reflejan este esfuerzo. Quizá esto se explica en parte debido al quiebre que significó para los y las niñas, niños, y adolescentes comenzar a vincularse con un equipo nuevo, lazos que parecen demorar un tiempo en volver a formarse. Más allá de las posibles explicaciones, la confianza en el equipo de intervención es un elemento que ha sido relevado por la literatura como esencial para lograr la apertura de los y las niñas, niños, y adolescentes a las intervenciones realizadas, de manera que así puedan superar los efectos dañinos de los eventos traumáticos experimentados (Bell, 2002; Holden, 2009).

Gráfico 67: Confianza en el equipo profesional de la residencia, según grupo y ola - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38. Escala de confianza de 0 a 10.

Gráfico 68: Confianza en el equipo profesional de la residencia, según grupo y ola - Mujeres

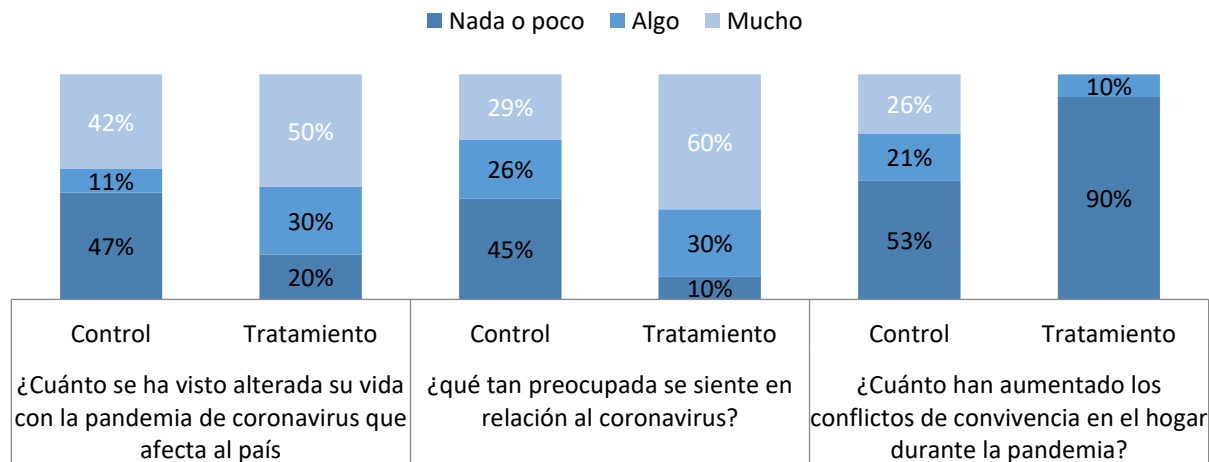


Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 8. N control = 38. Escala de confianza de 0 a 10.

6.2.9 Situación de las residencias estudiadas en el contexto de Pandemia

Considerando que la última medición del estudio (Ola 3) se desarrolló en el contexto de Pandemia por Coronavirus, se decidió incorporar algunas preguntas para explorar cómo este escenario ha afectado a los participantes del estudio. Se debe tener en cuenta que los resultados para población femenina no se exponen, ya que para ésta sólo es posible analizar las olas 1 y 2. El Gráfico 69 muestra las percepciones de los adolescentes de sexo masculino ante la Pandemia por COVID-19. Se observa que la experiencia según grupos es diferente, ya que por lo general parece haber afectado más al grupo de tratamiento que al de control. En relación a la pregunta sobre cuánto la pandemia ha afectado las vidas de los adolescentes, la mitad del grupo de tratamiento reporta que los ha afectado mucho, mientras que esto es cierto para un 42% del grupo de control. De forma similar, mientras el 60% (N=6) de los adolescentes del grupo de tratamiento declara sentirse muy preocupado acerca de la pandemia, este porcentaje cae a un 29% en el caso del grupo de control. Sin embargo, destaca que la gran mayoría del grupo de tratamiento (90%) reportó que la pandemia afectó nada o poco la convivencia de la residencia mientras este porcentaje alcanza sólo la mitad de los casos del grupo de control.

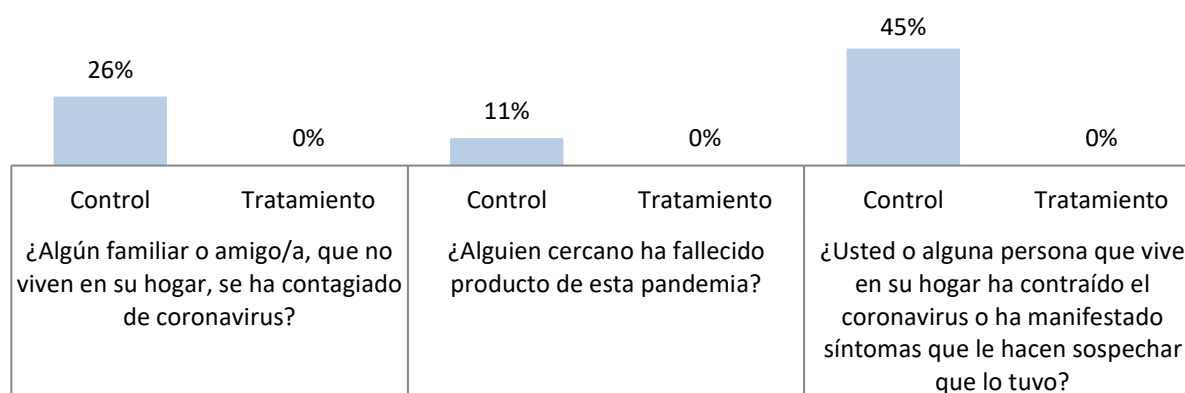
Gráfico 69: Percepciones de los NNA ante la Pandemia COVID-19 - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

En cuanto a lo declarado por los participantes masculinos del estudio respecto a su experiencia de contagios cercanos (Gráfico 70), resalta que el grupo de tratamiento afirmó no haberse contagiados ni ellos ni sus contactos cercanos. No obstante, el grupo de control si se vio afectado en este sentido, ya que un 26% reportó haber tenido un familiar o amigo/a (fuera de su hogar) contagiado/a por el virus, un 11% sufrió la muerte de una persona cercana debido al coronavirus, y casi la mitad de este grupo reconoció que ellos o una persona de su hogar tuvo coronavirus o al menos sospechó tenerlo.

Gráfico 70: Reporte de NNA sobre contagios cercanos (%Si) - Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes. N tratamiento = 10. N control = 38.

6.3 Test de permutaciones

Tabla 14: Resultados test de permutaciones - Hombres

Outcome	Beta	p	N
Felicidad con tu vida en general	-0.18	0.67	48
Calidad de relación con cuidador	0.24	0.41	48
Satisfecho/a con autopercepción	-0.19	0.58	46
Satisfecho/a con su tiempo libre	-0.30	0.37	47
Prevalencia anual tabaco	-0.08	0.46	48
Prevalencia anual alcohol	-0.20	0.34	48
Prevalencia anual marihuana	-0.29	0.07	48
Prevalencia anual coca y pasta base	-0.02	0.59	48
Amigos y apoyo social	-0.27	0.57	48
Equipo residencia puede apoyar vida adulta	-0.59	0.54	48
Gracias a residencia, preparado vida adulta	-0.39	0.21	48
Actividad física	-1.04	0.06	48
Sintomatología depresiva	0.02	0.90	48
Tratamiento psiquiátrico, mes	-0.20	0.17	48
Tratamiento psiquiátrico, 12 meses	-0.14	0.34	48
Tratamiento psicológico, mes	-0.07	0.86	48
Tratamiento psicológico, 12 meses	-0.41	0.24	48
Tratamiento farmacológico, mes	0.85	0.06	48
Tratamiento farmacológico, 12 meses	-0.05	0.59	48
Repetido de curso en los últimos 12 meses	0.09	0.45	48
Asistiendo a clases	0.17	0.22	48
Vinculación con la familia	-0.27	0.43	48
Frecuencia de contacto polola	0.00	1.00	14

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta a niñas, niños, y adolescentes y cuidadores. Esta tabla presenta nuestros resultados principales. Los p-values son calculados mediante tests de permutaciones, que tienen la ventaja que sus propiedades son adecuadas incluso en muestras con pocas observaciones. Primero se presenta para cada resultado es el impacto del programa (Beta), luego el p-value asociado y finalmente la cantidad de observaciones. Cada estimación es realizada controlando estadísticamente por la misma variable rezagada. Esto es similar a usar una doble diferencia estadística pero no requiere una compatibilidad en magnitudes entre las variables de las dos olas.

Considerando el bajo número de observaciones, los resultados tienen poca significancia estadística. De hecho, de todos los resultados que se presentan en la tabla, ninguno cumple es requisito estándar de ser significativo al 5% ($p < 0.05$). Otra forma de identificar patrones es observando con qué frecuencia se encuentran resultados reiterados en el mismo sentido. Podemos apreciar que en general los niños del grupo de tratamiento consumen menos drogas, a través de 4 medidas diferentes. También parece claro que son sometidos a menos tratamientos que los niños del grupo de control, lo que no es algo evidentemente positivo o negativo. No se ve un patrón claro de que los efectos sistemáticamente vayan a favor o en contra de los niños en el programa.

6.4 Conclusiones de la evaluación de resultados

En primer lugar, respecto al **bienestar subjetivo de los y las adolescentes**, se observan resultados que dan cuenta de que el grupo de control se encontró sistemáticamente sobre el grupo de tratamiento en el caso de los hombres. Aun así, el grupo de tratamiento masculino mostró mejoras en varios de los indicadores de esta dimensión, mientras que el grupo de control mantuvo o mostró mejoras menos marcadas. Destaca que al desagregar los resultados por edad de las niñas, niños, y adolescentes se observó que quienes están en el tramo etario de mayor edad tienen disminuciones marcadas en (i) uso de tiempo libre y (ii) relación con el cuidador y residencia. Este último hallazgo es preocupante toda vez es el grupo que se prepara para la vida interdependiente y el soporte, así como la percepción de disponibilidad, por parte de la residencia es de vital importancia al ser un punto de transición en el curso de vida de los beneficiarios relevante. En cuanto a las mujeres preocupa que el grupo de tratamiento disminuyó su puntaje en casi todos los indicadores que medían su bienestar subjetivo entre la primera y segunda ola del estudio, dando cuenta de la dificultad e implementación deficiente del modelo en este caso.

Al revisar la **inclusión social de los y las niñas, niños, y adolescentes**, nuevamente se observa que sistemáticamente el grupo de tratamiento masculino obtiene peores resultados que los controles. En concreto, tendrían una menor disponibilidad de amigos y apoyo social, y menor apoyo del equipo de la residencia en los años por venir. En el caso de las habilidades para la vida adulta el grupo de tratamiento exhibe mejores resultados, no obstante, estos mejores resultados no se ven reflejados o no son atribuidos por parte de las niñas, niños, y adolescentes al trabajo realizado por la residencia piloto, ya que solo la mitad declaró estar de acuerdo con que gracias al apoyo recibido se sienten más preparados para la vida adulta. Finalmente, destaca que las perspectivas de residencialidad post-egreso difieren entre grupo, mientras que los hombres del grupo de tratamiento quieren o creen que vivirán solos en los próximos años, las niñas, niños, y adolescentes del grupo de control tienen una mayor propensión a pensar que lograrán la reunificación familiar. Esto probablemente refleje lo disímil de los perfiles de adolescentes en cada grupo, ya que las niñas, niños, y adolescentes atendidos por el Hogar de Cristo tienen trayectorias largas en el sistema y sus posibilidades de reunificación son acotadas.

En cuanto a la **salud física**, destaca que se habían observado importantes avances entre línea de base y la segunda medición. Estos avances se ven mermados en esta última ronda probablemente por las restricciones de movimiento dada la pandemia, así como el paso de una casa donde existía infraestructura para este tipo de actividades a una sin esta disponibilidad de espacio. En cuanto a **salud mental**, destaca que existió una importante disminución en sintomatología depresiva para las mujeres del grupo de tratamiento entre línea de base y la segunda ola, aun cuando este grupo también presentó sistemáticamente mayores problemas de comportamiento que el grupo de control. En el caso de los hombres en general los resultados son positivos. Por una parte, este grupo presenta tendencias a la baja en problemas de comportamiento, así como un menor consumo de alcohol y/o drogas en comparación al grupo de control. Finalmente, el acceso a prestaciones de salud mental disminuye en el tiempo para el tratamiento, lo que tiene distintas explicaciones. Por un lado, en el caso de las mujeres esta disminución se explica principalmente por refractariedad a este tipo de intervenciones una vez instalado el piloto, mientras que en el caso de los hombres se explica principalmente por largas trayectorias en el sistema y sobre-intervención, lo que finalmente deviene en procesos de reparación finalizados.

Respecto a los **logros educacionales**, se observan resultados diferentes según género. Mientras en la población masculina estudiada no se observan mayores diferencias entre los grupos de tratamiento y control con respecto a los indicadores de retraso (repetencia en último año) y adherencia escolar (asistencia a clases), en el caso de las mujeres los datos descriptivos muestran un peor desempeño de las

mujeres del grupo de tratamiento (Anita Cruchaga). Al triangular esta información con los datos cualitativos levantados por este estudio, los menores logros educacionales de las niñas y adolescentes, podrían ser el resultado de su menor adherencia al Programa Piloto, ya que el mismo equipo reconoció haber desplegado una estrategia deficiente de intervención, esto es, sin un enfoque de género que respondiera satisfactoriamente a las necesidades de las niñas y adolescentes.

En cuanto al ámbito de **vinculación familiar y redes de apoyo** de las niñas, niños, y adolescentes, los resultados descriptivos no son concluyentes, ya que no se observan diferencias importantes entre los grupos de tratamiento y control para los y las niñas, niños, y adolescentes estudiados. En lo que respecta a las niñas, niños, y adolescentes de sexo masculino, se observa que los adolescentes del grupo de tratamiento obtienen peores niveles de vinculación familiar (padre, madre u otro familiar) de acuerdo a diferentes indicadores (como la subescala de vinculación familiar y otros indicadores sobre frecuencia de contacto) cuando se comparan con el grupo de control. No obstante, al considerar la relación con sus parejas (pololo/a) esta brecha entre grupos se anula. Algo bastante similar ocurre con las mujeres, ya que por lo general los indicadores dieron cuenta de una menor vinculación con su familia, a excepción del indicador frecuencia de contacto con la madre o padre, donde se identificó una mejora importante entre las olas 1 y 2 estudiadas. Con todo, los datos se muestran bajos comparativamente en este ámbito, lo que sorprende considerando los buenos resultados de la evaluación de procesos, donde se valoró la decisión de innovar incorporando una dupla psicosocial de profesionales dedicados exclusivamente a favorecer la vinculación de los y las adolescentes con sus familias y otras figuras significativas.

Respecto a la dimensión de **seguridad del cuidado**, los resultados muestran que en general los cuidadores del Programa Piloto reportaron encontrarse en una mejor posición que los de residencias tradicionales. Esto porque los resultados frente a los ámbitos de comunicación, supervisión y evaluación general de la residencia muestran que los cuidadores del Programa Piloto tienen una mejor experiencia que los del grupo de control. La única excepción ocurre en relación al ámbito de trabajo (que abarca temas como carga laboral, capacitación, entre otros), pues los cuidadores de las residencias piloto se mostraron más críticos que los de residencias tradicionales. Esta brecha sorprende considerando que las condiciones de trabajo y específicamente, la dotación de personal es mucho mejor en las residencias piloto si se compara con el resto de la realidad nacional. No obstante, las opiniones de los cuidadores debieran tomarse en cuenta para la mejora continua en la gestión del programa.

Respecto al ámbito de riesgo de **desprotección en relación con el sistema judicial**, los resultados (disponibles solo para las olas 1 y 2) muestran que el apoyo legal aumentó en el grupo de tratamiento más que en el grupo de control, tanto para la población masculina como la femenina en estudio. Esto sin duda reafirma la pertinencia de la innovación asociada a incorporar la figura de un abogado al equipo. Sin embargo, dado que no se cuenta con datos para la última ola respecto a este ámbito, se deja abierta la interrogante sobre cómo la existencia del Programa Mi abogado, que brinda apoyo legal a los y las niñas, niños, y adolescentes bajo cuidado estatal, podría anular las diferencias observadas. Al mismo tiempo, los datos cualitativos de este estudio mostraron que al 2020 los equipos de intervención cuestionaron la relevancia del apoyo legal proporcionado por el abogado dado el mayor nivel de instalación y desarrollo del Programa Piloto.

En cuanto a la **confianza en actores**, los resultados muestran las percepciones de las y los niñas, niños, y adolescentes frente a SENAME y el equipo de la residencia. Los hallazgos muestran que en términos generales los y las niñas, niños, y adolescentes tienen bajos niveles de confianza en SENAME, y que se debilita a medida que éstos crecen. Además, tanto los como las niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento mostraron un nivel de confianza más baja en SENAME que el grupo de control. Luego, en relación con la confianza con el equipo de residencia, resulta preocupante que, pese a los esfuerzos e

innovaciones introducidas por el Programa Piloto, los y las niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento no reportaron mayores niveles de confianza que aquellos y aquellas que pertenecen a residencias tradicionales. Este hallazgo exige especial atención, ya que la literatura muestra que la confianza en el equipo de intervención es un elemento esencial para lograr la apertura de los y las niñas, niños, y adolescentes a las intervenciones realizadas, de manera que así puedan superar los efectos dañinos de los eventos traumáticos experimentados (Bell, 2002; Holden, 2009).

Por último, respecto a la **situación de las residencias en el contexto de pandemia**, se evidencia que parece haber afectado más a los niñas, niños, y adolescentes del grupo de tratamiento que a los de control, aún cuando estos últimos experimentaron en mayor medida contagios de personas cercanas. Destaca además que los adolescentes del Programa Piloto reportaron que el confinamiento afectó menos la convivencia dentro de la residencia que los del grupo de control. De todos modos, estos datos podrían contribuir a explicar el limitado efecto del Programa Piloto en relación a la última medición para las distintas dimensiones observadas.

7 Conclusiones y recomendaciones

En esta sección se presentan las recomendaciones principales del estudio. Primero se presentan aquellas relacionadas con fortalecer la implementación del Piloto Maruri en su tercer año de funcionamiento. Segundo, aquellas orientadas a mejorar el diseño del Modelo y favorecer así su replicabilidad. Tercero, se presentan las que tienen que ver con la escalabilidad de esta experiencia. Para la elaboración de estas recomendaciones se tuvo en cuenta especialmente las opiniones vertidas en el Taller de expertas en materia de infancia, las reuniones con el equipo central del Hogar de Cristo, así como algunos insumos provistos por la literatura.

7.1 Recomendaciones relativas a la implementación de la residencia Maruri

De acuerdo a los hallazgos de este estudio, la implementación de la residencia Piloto Maruri podría fortalecerse atendiendo a algunos aspectos relativos a la gestión central del Hogar de Cristo, así como a la gestión interna de la residencia.

7.1.1 Fortalecimiento de la gestión organizacional del Hogar de Cristo

Mejorar la coordinación entre equipo central y equipo de residencia

La información levantada por este estudio muestra que la comunicación y coordinación entre el equipo central del Hogar de Cristo y el equipo Maruri podría fortalecerse. Procesos como la selección de personal y los resultados de evaluaciones (como ésta) que atañen directamente a la residencia, parecen percibirse por el equipo como procesos externos. Por eso se propone la incorporación al menos del director de Maruri a las instancias de evaluación, retroalimentación y toma de decisiones en torno al Piloto.

Fortalecer el sentido de pertenencia institucional

En segundo lugar, se sugiere que en dichas instancias de retroalimentación se transparenten las ventajas comparativas, por ejemplo, en términos administrativos, económicos, de equipo, supervisión, apoyo, que posee el proyecto Piloto en comparación a las otras residencias del Hogar de Cristo. Esto podría ayudar a fortalecer el sentido de pertenencia y compromiso del equipo con el proyecto.

Rediseñar el proceso de selección de personal

En tercer lugar, se propone mejorar proceso de selección del personal de los equipos. Además de los criterios ya considerados en el modelo, una mejora implicaría, primero, basar la selección en competencias relativas a la capacidad de vinculación, afectividad consciente, intereses y pasatiempos de los postulantes que puedan ser un aporte para el funcionamiento de la residencia (tales como interés por los deportes, arte, jardinería u otros oficios). Y, en segundo lugar, implica incorporar al director o directora de programa al proceso de selección, ya que éste tiene una idea más clara respecto a las necesidades de los y las usuarias y compatibilidad con el resto del equipo.

7.1.2 Fortalecimiento de la gestión interna de la residencia Piloto Maruri

Definir lineamientos para el trato con usuarios mayores de edad

Actualmente cerca de la mitad de los usuarios de la residencia Maruri son mayores de edad o próximamente lo serán. Esta realidad ha generado que el equipo y los usuarios perciban cierta tensión

con respecto a los beneficios, derechos y deberes de este grupo. Esto a propósito de que el equipo relató cómo los adolescentes esperaban contar con mayor libertad de acción (por ejemplo, no tener que pedir permiso para salir, sino que avisar) al cumplir la mayoría de edad. Por eso se requiere definir lineamientos que definan las implicancias prácticas tanto para el equipo como para los usuarios, derivadas de que los usuarios alcancen la mayoría de edad.

Definir lineamientos y acciones de acompañamiento post-egreso

Ligado al punto anterior, resulta preocupante que el equipo de intervención no tiene un acuerdo compartido sobre las acciones necesarias para un eventual egreso de los usuarios. El Modelo Técnico entrega sólo orientaciones generales respecto del acompañamiento. De ahí que resulta urgente que a la brevedad se definan las acciones, estrategias y actividades relativas al egreso de los usuarios.

De acuerdo a la evidencia (Courtney et al, 2019; Okpych, Park & Courtney, 2019; Burley and Lee, 2010) y lo relevador por expertos y expertas, los lineamientos debieran considerar los siguientes aspectos, considerando el momento previo, durante y posterior al egreso de los usuarios:

- ✓ **Apresto o preparación de los usuarios para la transición:**
 - Revisión crítica de acciones y actividades actuales de habilidades para la vida y desarrollo de la autonomía. Se debieran fomentar habilidades orientadas a: cocinar, orden e higiene, uso de transporte público, manejo de dinero, hábitos de estudio, control de emociones, habilidades interpersonales y adaptación a normas sociales, entre otras.
 - Incorporar estrategias graduales de desapego con el equipo
 - Socializar con usuario y sus familias los lineamientos generales para el egreso, con el objetivo de evitar la ansiedad ante el proceso.
- ✓ **Apoyo en la transición:**
 - Revisión crítica de instancias o actividades de egreso, considerando distintas vías de egreso (egreso exitoso, por no adecuación del perfil, por conflictos de convivencia, entre otros).
 - Revisión crítica de instrumentos e indicadores considerados al momento del egreso de los usuarios.

Realizar un plan de apoyo a la transición y egreso. Éste debe ser de carácter co-construido con los usuarios y usuarias. Además, debe definir con claridad la intensidad o frecuencia de la intervención. Se recomienda realizar un acompañamiento intensivo en la primera etapa (6 meses post-egreso) y luego un seguimiento o monitoreo sin intervención directa. La evidencia muestra que en los primeros 6 meses posteriores al egreso se requiere un acompañamiento constante, que se traduce en sesiones de orientación semanales de una hora (Courtney et al, 2019).

Por último, el plan debe definir las áreas de intervención, de acuerdo a las necesidades de los usuarios y usuarias. Se recomienda considerar las siguientes (8) áreas de intervención que han sido relevadas por la literatura (Courtney et al, 2019; Okpych, Park & Courtney, 2019; Burley and Lee, 2010):

- **Vinculación con redes:** Re-vinculación familiar y social;
- **Empleabilidad:** Apresto y colocación laboral;
- **Vivienda:** Apoyo en el ámbito residencial;
- **Educación:** Apoyo para la educación y orientación vocacional;
- **Economía:** Apoyo económico y manejo de las finanzas;

- **Salud:** Apoyo para acceso y persistencia en tratamientos en el ámbito de la salud (física, mental y uso de drogas);
 - **Habilidades para la vida:** Fomento de autonomía y prevención de conductas de riesgo (Incluye actividades como: definición de una rutina diaria, abrir una cuenta bancaria, agendar citas con servicios, obtención de la licencia de conducir, documentos de identificación, desarrollo de habilidades socioemocionales para la mantención de relaciones sanas y seguras o sin violencia con la familia, pareja y pares).
 - **Legal:** Orientación legal
- ✓ Seguimiento y acompañamiento post-egreso:
- Definir el tiempo o periodo de acompañamiento (intervención directa con el joven) y el de seguimiento (monitoreo sin intervención directa). Se recomienda un periodo de 6 meses para cada proceso, es decir, 1 año en total.
 - Responsables del acompañamiento y seguimiento.
 - Acciones y actividades de acompañamiento de acuerdo a: (1) áreas de intervención (considerar las 8 áreas ya mencionadas para el plan de apoyo a la transición y egreso); (2) distintas vías de egreso (egreso exitoso, por no adecuación del perfil, por conflictos de convivencia, entre otros); (3) condiciones de egreso de los usuarios y usuarias (egreso a vida interdependiente sin pareja, con pareja, reunificación familiar, entre otros).
 - Instrumentos e indicadores de seguimiento de los casos.

Cabe destacar que existen varios programas internacionales de acompañamiento post egreso que el equipo podría tener de referencia para definir las acciones concretas en cada fase. Aun cuando no se ha realizado una revisión exhaustiva, dentro de los programas basados en evidencia (que cuentan con una evaluación de impacto) destacan los siguientes programas estadounidenses: *YVLifeSet* (Courtney, et al., 2019), *Massachusetts Adolescent Outreach Program* (Courtney et al, 2011), *Extended Foster Care* (Okpych, Park, & Courtney, 2019) y *Foster Care to 21* (Burley & Lee, 2010).

Por último, en nuestro país existe una iniciativa relevante en el Programa de Casas Compartidas¹⁸, de la Fundación Sentido, que fue diseñado a partir de la revisión de programas internacionales y adaptado al contexto chileno. Este programa se dirige a jóvenes mayores de edad, egresados del sistema de protección, priorizando aquellos provenientes de residencias de administración directa de SENAME. Su intervención contempla tanto una solución habitacional (casa compartida) como un acompañamiento individualizado integral (vivienda, salud, educación, inserción socio-laboral, desarrollo personal, convivencia, comunidad y ciudadanía, aporte monetario progresivo). En el caso de este programa, se considera que no sólo podría ser útil para definir los lineamientos para el acompañamiento post-egreso del Piloto, sino también debiera considerarse como parte de la red disponible en caso de posibles egresos por derivación.

¹⁸ El Programa de Casas compartidas forma parte de la Fundación Sentido (<https://fundacionsentido.cl/que-hacemos/>). Cuentan con un programa que les acompaña en la transición a la vida independiente a través de un programa habitacional, donde ejercitan el desafío de la vida interdependiente por tres años.

Mejorar estrategias de autocuidado del equipo Maruri

Los resultados de este estudio sugieren que hasta ahora la planificación de las estrategias de autocuidado son una responsabilidad que recae en el director. En cambio, proponemos que las instancias de autocuidado se diseñen de manera colaborativa con el equipo, de manera que tanto la periodicidad, la forma y el contenido les haga sentido. De acuerdo a lo conversado con el equipo, hacen falta instancias más íntimas o individuales, que les permita tener la confianza como para comunicar sus preocupaciones y experiencias. Así mismo, debieran discutirse estrategias cotidianas y transversales tanto personales como interpersonales que contribuyan al cuidado de los profesionales. Por ejemplo, en algunas organizaciones los trabajadores y trabajadoras han acordado no hablar temas referentes al trabajo durante el horario de almuerzo, otros definen un día al mes para compartir de manera recreativa entre el equipo.

Fortalecer la integración de la dupla de familia y su labor

El análisis de la implementación del modelo da cuenta que la importancia de la innovación relativa al trabajo intensivo con la familia, así como la labor de la dupla de familia no es comprendida a cabalidad por el equipo Maruri. Se recomienda realizar al menos una actividad de formación para refrescar los conocimientos teórico-prácticos sobre la importancia del trabajo con las familias para el bienestar de las niñas, niños, y adolescentes, a la vez que dar el espacio a la dupla para exponer sus avances históricos y desafíos. Así mismo, se sugiere fomentar la participación de la dupla de familia en las reuniones de análisis de casos y en el diseño de las intervenciones, de modo que se integre el trabajo de vinculación familiar de manera consistente en la intervención de las niñas, niños, y adolescentes.

Definir indicadores de avance de terapia familiar

En contraste con el Modelo Técnico, la experiencia Piloto mostró que comúnmente la intervención familiar se realiza con otros significativos no perteneciente a la familia biológica de los usuarios. Esto ha generado que el abordaje de la terapia familiar se adapte a las características de los otros significativos.

Así, se propone la incorporación de indicadores de progreso o avance de la terapia familiar de acuerdo a los distintos perfiles de los otros significativos con los que se está trabajando. De esta forma se espera poder monitorear de mejor forma esta línea de innovación, a la vez que fijar distintas expectativas de acuerdo a las características de la intervención realizada, las necesidades y perfil de los otros significativos.

Redefinir rol del supervisor externo

Los hallazgos muestran que el rol del supervisor externo ha variado durante la implementación del proyecto desde un papel más protagónico en un comienzo, a otro menos protagónico en esta última etapa. Por ello, es necesario repensar el rol del supervisor externo de forma que éste pueda servir mejor a las necesidades tanto de cuidado como de apoyo técnico del equipo Maruri. Primero, sería bueno considerar una instancia en la que el equipo pueda definir las necesidades de autocuidado y de apoyo técnico que podrían ser abordadas por el supervisor. Luego, se podría socializar con el equipo los cambios introducidos para el cargo de Supervisor externo, así como el nuevo alcance de sus funciones. En tercer lugar, la planificación de las acciones y estrategias concretas desempeñadas por el supervisor podrían definirse de manera colaborativa con el equipo y ser socializadas con éste debidamente.

Redefinir rol del abogado

Dada la brecha entre el perfil de cargo del abogado definido en el Modelo Técnico y las funciones actuales de este cargo, sería conveniente redefinir sus funciones de acuerdo a las necesidades actuales de apoyo jurídico del equipo Maruri. Como se expuso, inicialmente el abogado cumplió la función de representación jurídica de las niñas, niños, y adolescentes, pero esa labor la asume hoy el Programa Mi Abogado.

Actualmente, la principal función del abogado es brindar asesoría jurídica al equipo. Dado que parte del equipo no reconoció las funciones actuales de apoyo del abogado, se sugiere conversar en torno a las necesidades actuales de asesoría jurídica y el marco de acción y rol del abogado. Una vez que sea definido, se sugiere socializar con todo el equipo el nuevo rol del abogado, enfatizando con qué miembros del equipo éste debiera establecer relaciones de colaboración.

7.2 Recomendaciones relativas al diseño del modelo con miras a su fortalecimiento y replicabilidad

7.2.1 Modificaciones respecto al perfil de usuarios y usuarias

Tras la revisión crítica del perfil de usuarios y usuarias definida en el Modelo técnico en función de la implementación de ambas experiencias Piloto, se evidencia la necesidad de especificar sus características, tal como se sugiere a continuación:

Clarificar a qué se refiere el perfil “complejo” especificado por el Modelo técnico

No es claro a qué se refiere un perfil complejo y la práctica ha mostrado que éste tiene un límite. En concreto, el modelo parece no ajustarse a usuarios con trastornos mentales ni con comportamiento agresivo. Las entrevistas sugieren que el equipo se vio sobrepasado en algunos momentos y sería conveniente fortalecer herramientas técnicas para abordar situaciones difíciles.

Ajuste a todo el rango 12 a 21 años

Se estima necesario explicitar las adaptaciones requeridas para el abordaje de los distintos grupos etarios en el rango de los 12 a los 21 años. La implementación del Piloto Maruri evidencia que, en la práctica, los tutores se han diferenciado de acuerdo con los grupos etarios de las niñas, niños, y adolescentes. Identificándose que el trato con los adolescentes de mayor edad debe ser distinto, con mayor énfasis en el trabajo de la autonomía y establecimiento de límites, por ejemplo.

Ajuste a las necesidades de género

En línea con lo anterior, la experiencia muestra que el perfil de las usuarias de Anita Cruchaga fue muy distinto al de los usuarios de Maruri. Por esto, se precisa que la definición del perfil de usuarios reconozca el ajuste requerido de acuerdo con las necesidades y características de género de los y las niñas, niños, y adolescentes.

7.2.2 Incorporar un enfoque de género efectivo a la intervención

Es importante que el Modelo Técnico incorpore un enfoque de género en la implementación del programa. Para esto es importante especificar las implicancias prácticas de adoptar este enfoque. Por ejemplo, reconocer las diferencias en el perfil de los usuarios y usuarias, hasta sus necesidades de intervención y trato en cada etapa de intervención. Así mismo, la experiencia sugiere que algunos cargos, como el abogado y supervisor deben adaptar su perfil y funciones a las necesidades particulares de los y las usuarias. Por ejemplo, la experiencia Piloto de Anita Cruchaga evidenció que las niñas y adolescentes exigieron gran dedicación del abogado en términos de tramitar y asesorar ante casos relacionados con abuso y explotación sexual. Con todo, es preciso estudiar en profundidad las adaptaciones que requiere el modelo para adoptar el enfoque de género de manera apropiada, atendiendo a la evidencia científica.

7.2.3 Incorporar lineamientos para la instalación del Modelo

Las decisiones tomadas al comienzo de la puesta en marcha del Programa tienen importantes implicancias para los trabajadores, trabajadoras, usuarios, usuarias y el ambiente general de la residencia. De ahí que se recomienda considerar en el diseño los siguientes lineamientos para la instalación del Modelo los siguientes aspectos:

Consideraciones para la reconversión de las residencias

La instalación del Modelo técnico usualmente involucra la reconversión de una residencia que opera bajo un Modelo Tradicional. Son varias las consideraciones de gestión atendiendo a criterios prácticos, pero sobre todo éticos y de un enfoque de derechos involucrados en este proceso de reconversión. Así debieran explicitarse los criterios relativos al tratamiento de los usuarios (seleccionados y no seleccionados) como del lugar donde éstos serán trasladados. Recomendamos considerar lo siguiente:

- ✓ Cuidar el bienestar de todos y todas las niñas, niños, y adolescentes involucrados, intentando, por ejemplo, no romper los lazos entre las niñas, niños, y adolescentes (ya sea de hermanos o amigos).
- ✓ Tomar la responsabilidad del seguimiento de los y las niñas, niños, y adolescentes no seleccionados para formar parte de la nueva residencia por un periodo de un año.
- ✓ Atendiendo a la incorporación transversal de un enfoque de derechos, es preciso que se incorpore la opinión de los y las niñas, niños, y adolescentes en la decisión respecto a la selección del lugar donde se ubicará la residencia.
- ✓ Es importante que se realice una evaluación de los potenciales territorios de la residencia para llevar a cabo la selección del lugar. Esto implica, por ejemplo, la recopilación de información policial experta sobre redes de droga, delincuencia y explotación sexual en el sector aledaño.
- ✓ Por último, es importante que una vez seleccionado el lugar se realice un trabajo de vinculación con las redes del territorio previo a la instalación en la residencia.

Incorporar lineamientos para la selección del equipo de intervención

La rotación del personal afecta de forma relevante la cohesión del equipo y el bienestar de los usuarios y usuarias. Por ello, se sugiere que el Modelo Técnico incorpore nuevos criterios de Selección de personal más allá de las competencias formales ya definidas en cada perfil de cargo. Estos nuevos criterios refieren a la capacidad vincular o de afectividad consciente, además de intereses extracurriculares que pudieran ser relevantes para la formación de los y las niñas, niños, y adolescentes, como son los relativos a actividad física, arte, jardinería u otros oficios.

Capacitación

Se recomienda que la capacitación de los equipos se indique desde el diseño del Modelo como una actividad transversal a las distintas etapas de implementación del proyecto, ya que actualmente sólo se señala como necesaria al comienzo del proyecto. No obstante que la experiencia indica que tanto la rotación de los profesionales como la adaptación a las necesidades de los usuarios de acuerdo a sus etapas de desarrollo exigen que la formación del equipo se conciba como continua.

Socialización del modelo

El Modelo Técnico no contempla consideraciones para su socialización previo a la fase de implementación. Esto se estima fundamental considerando que la puesta en marcha del Modelo afecta tanto a los y las trabajadoras como a los y las niñas, niños, y adolescentes. De esta manera, se recomienda informar de manera oportuna y clara a los distintos actores acerca de las implicancias de la implementación del

modelo, para evitar que se generen rumores e incertidumbre entre los involucrados. A continuación, se detallan los aspectos básicos que consideramos relevante considerarse para la socialización del modelo:

- ✓ Informar de manera oportuna y adecuada a los y las trabajadoras que serán desvinculadas a causa del proyecto.
- ✓ Considerar estrategias de apoyo, contención y desapego del vínculo entre los y las trabajadoras desvinculados y los y las niñas, niños, y adolescentes.
- ✓ Informar de forma simple y precisa los lineamientos del modelo al equipo y usuarios/as. Especial énfasis en no generar expectativas erróneas respecto al significado de un “acompañamiento 24/7”.
- ✓ Informar de manera clara respecto a la duración y condiciones del nuevo proyecto.

Periodo de marcha blanca

Es fundamental que el diseño del modelo considere un periodo de Marcha blanca. Se recomienda que este periodo se extienda por 6 meses. A continuación, se detallan algunas de las principales actividades que se podrían considerar en cada mes de puesta en marcha:

- ✓ Mes 1: Preparación del equipo y vinculación inicial
 - Semana 1 y 2. Capacitación del equipo (Lineamientos del Modelo, consideraciones teórico-prácticas)
 - Semana 3. Actividades de coordinación interna del equipo
 - Semana 3. Estudio previo de casos por parte del equipo
 - Semana 3. Primer acercamiento a usuarios y sus familias u otros significativos
 - Semana 4. Activación de redes comunitarias en el territorio
 - Semana 4. Ajuste de reglas de convivencia y protocolos
 - Semana 4. Coordinación del equipo con equipo antiguo sobre información relevante de los y las niñas, niños, y adolescentes.
- ✓ Mes 2: Puesta en marcha
 - Semana 1. Jornada intensiva de apoyo de supervisor externo preparación de detalles para recepción de usuarios
 - Semana 1. Coordinación del equipo con equipo antiguo sobre protocolo de traslado
 - Semana 1. Actividades internas del equipo para preparar recepción de usuarios
 - Semana 2. Traslado de usuarios a residencia
 - Semana 3. Encuadre de usuarios que incluye:
 - (1) recordar reglas y normas de convivencia;
 - (2) Explicitar tareas y acuerdos de responsabilidad gradual de los usuarios y usuarias con miras a la adaptación paulatina al modelo (problematizar transición al nuevo modelo).
 - (2) Implementar estrategias de adaptación al modelo orientadas a brindar herramientas de autorregulación.
 - Semana 3. Supervisión técnica y retroalimentación sobre aplicación de cambio de paradigma por parte del equipo
 - Semana 3. Acercamiento a familias u otros significativos que enmarquen el nuevo modelo y estrategias de intervención.

- Semana 4. Actividades grupales
- Semana 4. Fomento de actividades de apropiación de los espacios de la casa.
- ✓ Mes 3:
 - Jornadas de retroalimentación sobre avances y desafíos dirigidas por Director y supervisor externo.
 - El equipo identifica necesidades y temáticas de capacitación
 - Primera jornada de autocuidado.
- ✓ Mes 4 a 5:
 - Ajuste del modelo
 - Afiatamiento del equipo
 - Vinculación equipo-niñas, niños, y adolescentes
 - Jornada de capacitación en temática definida por el equipo.
- ✓ Mes 6:
 - Actividad de retroalimentación que ponga fin al periodo de marcha blanca del proyecto, atendiendo a indicadores iniciales de avance, cuantitativos y cualitativos.
 - Segunda Jornada de autocuidado.
 - Definición de nuevos desafíos y metas para el próximo semestre.

7.2.4 Ajustar algunos perfiles y funciones de cargo

Atendiendo a los resultados de esta sistematización, se recomienda ajustar los siguientes perfiles y funciones de cargo:

Incorporar nuevas profesiones y habilidades al perfil de cargo de tutor/a

Los hallazgos del estudio muestran que profesiones fuera de las Ciencias Sociales son valoradas por los distintos actores, porque entregan nuevos puntos de vista y herramientas al equipo y un abordaje más interdisciplinario a los usuarios. Así mismo, se debe explicitar el requerimiento de habilidades relativas a la capacidad vincular o afectividad consciente e interés extracurriculares.

Redefinición de perfil y funciones de supervisor/a técnico/a

De acuerdo con el análisis de ambas experiencias Piloto, se recomienda que se redefina el perfil de cargo del supervisor/a técnico/a, enfatizando la importancia de contar con experiencia práctica en residencias especializadas de protección. Respecto a las funciones, se sugiere que se enfatice aún más el rol del supervisor en el autocuidado de los equipos. Finalmente, se recomienda que las funciones del supervisor/a sean redefinidas dependiendo de la etapa del proyecto. Esto último implicaría un rol (y jornada) más intensivos en el periodo de marcha blanca y luego un rol más secundario.

Redefinición de rol y funciones del abogado/a

Se recomienda que el rol del abogado incluido originalmente en el modelo técnico sea redefinido. Esto es, que se elimine el rol de representación jurídica de los y las niñas, niños, y adolescentes, ya que esto ha sido asumido por el Programa Mi Abogado. Debe mantenerse solamente el rol de asesoría legal a los equipos. Respecto a las funciones, éstas deben ser redefinidas de acuerdo a las distintas etapas de

implementación del proyecto. En el periodo de marcha blanca debiera contemplarse una jornada extensa para este cargo y posterior a ello, dicha jornada debiera ser reducida.

7.3 Modificaciones respecto a la innovación para favorecer la escalabilidad de los pilotos

7.3.1 Cambio de paradigma

El cambio de paradigma es lo más central del nuevo modelo, y para fortalecer esta línea de innovación se recomienda atender a los siguientes 3 ámbitos:

Definir actividades concretas que traduzcan modelo teórico en la práctica

Los hallazgos de esta sistematización mostraron que los equipos enfrentaron dificultades para “traducir” los lineamientos teóricos del nuevo paradigma en la práctica. Esto ocurre en parte porque el Modelo Técnico define distintos enfoques de intervención, pero no detalla de qué manera éstos se cristalizan en acciones o actividades concretas. En efecto, ya en el Informe 1 de este estudio (Noviembre, 2018), relativo a la evaluación de diseño, se recomendó detallar las actividades durante todo el proceso de intervención, especialmente para el acompañamiento durante la estadía en la residencia. Con todo, la definición de una pauta de estrategias y actividades permitiría estructurar y guiar el trabajo de los equipos, sobre todo en la primera etapa de puesta en marcha del proyecto.

Dentro de las estrategias que han operado en la práctica como una expresión concreta del nuevo paradigma, es la denominada “política de puertas abiertas”, que implica la circulación libre de los usuarios a la residencia. Recomendamos que esta estrategia no sólo sea incluida en el diseño, sino que se especifique las tensiones que esta política puede potencialmente generar (como el riesgo de abandono del programa) en la etapa inicial. Recomendamos establecer un plan gradual de pasos para su implementación y evaluación permanente.

Con todo, las distintas actividades cotidianas en las que se traduce el nuevo paradigma del Modelo debieran ser revisadas de manera crítica durante la capacitación de los profesionales, para detectar dudas y realizar posibles ajustes que permitan anticiparse a la implementación.

Enfatizar definición y alcances de “Acompañamiento terapéutico”

Los resultados muestran que tanto los profesionales como los y las niñas, niños, y adolescentes tuvieron problemas para comprender a qué se refiere el “acompañamiento terapéutico” que propone el modelo técnico. Esto especialmente porque al ser descrito como un acompañamiento “24/7” (es decir, 24 horas del día, los 7 días de la semana), genera la expectativa -para los jóvenes- y la presión -para los profesionales- de que el equipo debe tener completa disponibilidad para los usuarios y usuarias. Sin embargo, los equipos consideran que la mejor manera de entenderlo es que el acompañamiento terapéutico se lleva a cabo a través de un sistema de relevos entre los profesionales de cada turno, que permite brindar continuidad a la intervención. De esta manera, se sugiere problematizar y encuadrar este término desde un comienzo para evitar tensiones y desgastes innecesarios entre los distintos actores.

Enfatizar la importancia del trabajo intensivo con familia y redes dentro del cambio de paradigma

Si bien en el modelo técnico se reconoce dentro de sus principios orientadores y en su marco teórico la importancia del trabajo con la familia (a propósito del enfoque basado en relaciones y del principio orientador de alianza con la familia) y del trabajo con redes (al enfatizar la Teoría ecológica de sistemas y

plantear el principio de orientación ecológica), se recomienda enfatizar que estos elementos constituyen parte fundamental del cambio de paradigma. De acuerdo con el taller de expertas realizado a propósito de este estudio de sistematización, el trabajo con las familias y con las redes que propone este modelo, fueron identificados como parte de un paradigma distinto de residencia. Por eso, ambos aspectos debieran ser enfatizados en el modelo técnico, planteando la relación entre los enfoques teóricos y la forma en que esto se cristaliza en el nuevo Modelo.

7.3.2 Profesionalización

La profesionalización del equipo es otro de los pilares de innovación del modelo, y se recomienda fortalecerlo considerando en el diseño lo descrito a continuación:

Incorporar consideraciones sobre estilos de liderazgo

Los hallazgos de este estudio muestran que los estilos de liderazgo son relevantes para asegurar el éxito de la implementación del Programa. De hecho, un estilo de liderazgo definido como horizontales o democráticos, como el identificado en la residencia Maruri, que se expresa en el fomento de instancias de participación horizontales entre los miembros del equipo, mostró ser valorado por los actores. De ahí que se sugiera explicitar en el diseño del Modelo, las características de liderazgo que han funcionado de mejor manera.

Incorporar estrategias para evitar asimetrías al interior del equipo

La profesionalización del equipo introduce el desafío de que existan asimetrías dentro del equipo, por ejemplo, entre tutores y técnicos de día o noche. Sin embargo, todos los miembros del equipo tienen un impacto importante en la vida de los y las niñas, niños, y adolescentes, por lo que todos debieran participar activamente del análisis y diseño de las intervenciones. Por eso recomendamos que el Modelo Técnico especifique la importancia de que todos los miembros del equipo tengan el espacio de participar en reuniones de equipo, en las capacitaciones y aporten desde su punto de vista en el análisis de los casos.

Diversificar perfiles de cargo, habilidades y competencias

El diseño del programa contempló perfiles de cargo en el área de las ciencias sociales, y se enfocó en especificar competencias profesionales relativas al trabajo con infancia vulnerable. No obstante, las experiencias Piloto mostraron que otras profesiones fuera del área de las ciencias sociales, así como otras habilidades que no tienen que ver con el ámbito profesional, aportan de manera significativa al funcionamiento de la residencia y calidad de las intervenciones. Dentro de las profesiones destaca la de enfermería y terapia ocupacional, y dentro de las habilidades la capacidad vincular o afectividad consciente, los intereses por el deporte y un estilo de vida saludable.

7.3.3 Ambiente familiar

El tercer eje de innovación es el ambiente familiar, y se recomienda fortalecerlo desde el diseño de la siguiente manera:

Incorporar un manual de convivencia interna

Pese a que el modelo garantiza varios estándares prácticos que en sí mismos mejoran la habitabilidad (atendiendo a la capacidad máxima de usuarios o usuarias y las mejoras en la infraestructura, por ejemplo), lo cierto es que éstos no garantizan el logro de un ambiente familiar dentro de las residencias. Como se describió en este informe, la experiencia práctica evidenció que la implementación de este

ámbito de innovación se encontró con varias tensiones y resistencias iniciales. Y es que para lograr un ambiente familiar es preciso que el nuevo paradigma del Modelo se introduzca de manera efectiva en la práctica cotidiana de la residencia, de tal forma que se generen relaciones interpersonales positivas dentro del equipo y entre éste y los usuarios y usuarias. Pero como ya se ha argumentado, tanto el cambio de paradigma con su nueva “política de puertas abiertas” como las nuevas condiciones de la casa, pueden generar resistencia en los usuarios y usuarias. Primero porque esto quiebra con las expectativas que algunos traen de sus experiencias previas de institucionalización. Y segundo, porque durante su proceso de crecimiento o maduración suelen cuestionar y poner a prueba los límites de la lógica de libertad y (ya no) de control del nuevo Modelo.

Por todo lo anterior, se considera fundamental que el diseño del modelo contemple un manual de convivencia orientado a asegurar un ambiente familiar, a través del fomento de una convivencia armónica, a través de la especificación de deberes, derechos, normas de comportamiento, trato y resolución de conflictos al interior de la residencia. Recomendamos que este manual de convivencia contemple al menos las siguientes características:

- ✓ Su diseño debe ser co-construido con los y las niñas, niños, y adolescentes
- ✓ Debe especificar reglas de convivencia claras (horarios de rutinas, permisos de salida, conductos regulares para permisos, entre otros).
- ✓ Debe ser flexible, en el sentido que contemple distintas etapas para el logro de la autonomía progresiva de los usuarios y usuarias y defina claramente las condiciones para el avance hacia cada fase sucesiva. La primera etapa debiera ser la más restrictiva, para luego progresivamente relajar los criterios y restricciones.
- ✓ Debe ser adaptado y revisado de manera continua por los equipos y niñas, niños, y adolescentes.
- ✓ Debe considerar explícitamente un enfoque de género

7.3.4 Trabajo intensivo con la familia

Este eje debe ser fortalecido y enfatizado a través de varias modificaciones en el diseño:

Enfatizar importancia y foco de trabajo con la familia u otros significativos

Pese a que el trabajo intensivo con la familia es una línea de innovación del programa, los equipos no siempre ven con claridad su importancia. De ahí que se cuestione, por ejemplo, el tiempo dedicado a la intervención con la familia, en lugar de dedicarlo al trabajo directo con los y las niñas, niños, y adolescentes. Aun cuando el diseño del programa define como uno de sus objetivos específicos favorecer la vinculación familiar, se recomienda dar mayor énfasis a la relevancia e implicancias de esta línea de innovación. Esto implica a lo menos, clarificar el rol de la dupla de familia en el diseño de las intervenciones y en el análisis de los casos.

Especificar forma de adaptación de terapia familiar según perfil de otros u otras significativas

Pese a que el diseño del modelo otorgaba lineamientos para el trabajo con la familia biológica de los usuarios y usuarias, los hallazgos de esta sistematización dieron cuenta que la complejidad del perfil de usuarios y usuarias implica que muchas veces no cuentan con estas redes. Por el contrario, existen otros u otras significativas con las que sí se ha trabajado un trabajo de vinculación que tiene características propias o distintas a lo que se haría con la familia. De ahí que se recomienda atender a esta posibilidad y entregar lineamientos para la adaptación de las intervenciones de acuerdo al perfil de los otros u otras significativas.

Especificar indicadores de monitoreo de avance de intervención familiar.

Dado que la vinculación familiar es uno de los objetivos específicos del modelo, además de una línea de innovación, se recomienda que se planteen indicadores diferenciados de acuerdo al perfil de los otros u otras significativas para poder monitorear apropiadamente el avance de la intervención familiar.

Incorporar lineamiento de enfoque de género en trabajo con familia

De acuerdo a los hallazgos, los equipos enfrentaron desafíos para concretar en la práctica el enfoque de género. Éste enfoque tiene implicancias para el trabajo con la familia u otros y otras significativas, a propósito de las expectativas (de responsabilidad del cuidado, por ejemplo) que generan los estereotipos femeninos de género. Trabajar problematizando estas expectativas y roles de género puede ser un ámbito importante de intervención para lograr la alianza que se requiere con la familia u otros y otras significativas.

7.3.5 Supervisión técnica

Se propone modificar los lineamientos de supervisión técnica atendiendo a las siguientes recomendaciones:

Enfatizar el rol del supervisor o supervisora en el cuidado del equipo

Aun cuando uno de los roles del supervisor externo definidos desde el diseño del Modelo es el de cuidado de los equipos, esta labor quedó en un lugar secundario durante la implementación de los Pilotos. Por eso se recomienda enfatizar en la importancia de esta función, y en la necesidad de que se lleve a cabo a través de intervenciones flexibles que atiendan a las necesidades cambiantes del equipo. En este sentido, los equipos manifestaron que podría ser de gran ayuda espacios individuales de contención o cuidado, que podrían estar a cargo de supervisor o supervisora técnica.

Socializar rol y funciones supervisor

Dado que la presencia del supervisor es esporádica y además es una figura “experta” para los equipos, se recomienda que el Director socialice apropiadamente su rol y sus funciones de manera que el equipo pueda integrar este cargo y retroalimentar a tiempo sus necesidades de apoyo técnico y de cuidado.

Considerar cambio de funciones y jornada del supervisor según etapas de implementación del proyecto

Se recomienda que el diseño anticipe distintas funciones (y jornada) para el supervisor externo de acuerdo a la etapa en que se encuentre la implementación del proyecto. Esto implica considerar una función más intensa en el periodo de marcha blanca y luego una más secundaria o esporádica.

7.3.6 Apoyo legal

El apoyo legal es uno de los ámbitos de innovación que requiere mayores ajustes a nivel de diseño:

Modificar funciones del abogado u abogada

Es relevante modificar la definición especificada en el diseño original del Modelo respecto a la función del abogado u abogada de representación legal de los usuarios y usuarias del programa, como se ha señalado, ésta ya no está operativa debido a que ha sido asumida por el Programa Mi Abogado. Así mismo, se debiera explicitar que las funciones del abogado pueden variar de acuerdo al perfil de los y las niñas, niños, y adolescentes, ya que la experiencia de la Residencia Anita Cruchaga muestra que las usuarias exigieron mayor dedicación del abogado.

Socializar rol y funciones abogado

La presencia del abogado u abogada en el equipo es esporádica lo que ha mostrado generar dudas en los equipos respecto a su rol. Por ello, se recomienda que en el diseño se advierta la necesidad de que el Director socialice las veces que sea necesario su rol y funciones de manera que pueda adaptarse a las necesidades del equipo.

Considerar cambio de funciones y jornada del supervisor según etapas de implementación del proyecto

Se recomienda que el diseño anticipe distintas funciones (y jornada) para el abogado u abogada de acuerdo a la etapa en que se encuentre la implementación del proyecto. Esto implica considerar una función más intensa en el periodo de marcha blanca y luego una más secundaria.

7.3.7 Cuidado equipos

El cuidado de los equipos es un ámbito de innovación que requiere fortalecerse en gran medida, y para ello es preciso realizar los siguientes ajustes ya desde el diseño del Modelo:

Considerar la participación de todos los miembros del equipo en el diseño y planificación del autocuidado

El Modelo Técnico ponía la responsabilidad del diseño de instancias de autocuidado en el Director. Sin embargo, su diseño debe concebirse de forma participativa con todo el equipo- desde tutores a manipuladores de alimentos- de tal manera que estas instancias hagan sentido y sean significativas para el equipo.

Considerar instancias más frecuentes e individuales de autocuidado

Los equipos dieron cuenta que la frecuencia de las actividades de autocuidado se considera insuficiente, además de que la modalidad grupal no se estima adecuada. Por el contrario, se recomienda, que desde el diseño se entreguen lineamientos sobre instancias de autocuidado personalizadas y con una frecuencia al menos trimestral, lo que podría ser asumido por el supervisor externo.

Revisión crítica de jornadas de duplas psicosociales (residencia y familia).

Se estima que las jornadas de la dupla de familia (actualmente de 30 horas) y la de residencia (22 horas) no serían suficientes para responder a las necesidades de los usuarios y usuarias. Se recomienda, por ejemplo, considerar la posible destinación de parte de los recursos otorgados a abogado y/o supervisor externo a aumentar la jornada de las duplas psicosociales, considerando que a diferencia de estas últimas, el apoyo de abogado y supervisor se estiman como menos prioritarios por el equipo.

7.3.8 Acompañamiento post-egreso

Sin duda, el acompañamiento posterior al egreso de los usuarios es el eje de innovación que requiere el mayor fortalecimiento a nivel de diseño. A continuación, se definen las recomendaciones propuestas para este ámbito:

Desarrollar un estudio complementario de transición a la vida interdependiente atendiendo a la evidencia

Existen varias experiencias internacionales sobre programas orientados al acompañamiento hacia la vida interdependiente que aportarían al fortalecimiento del Modelo Técnico en este ámbito. Así mismo, es preciso relevar las necesidades de acompañamiento de los usuarios y usuarias, con el fin de adaptar la

evidencia al contexto chileno. De ahí que se recomienda hacer una evaluación o estudio complementario que pueda sistematizar las experiencias e identificar los elementos que el programa podría replicar, atendiendo a la factibilidad técnica y económica. De este estudio debiera resultar la definición de aspectos centrales, tales como: contenidos mínimos a abordar en la intervención post-egreso, módulos de trabajo, periodo de acompañamiento e intensidad, acciones, flujograma de acciones y responsables.

Incorporar un plan de apoyo a la transición y egreso

El diseño del Modelo debe ser exhaustivo en incorporar un plan de apoyo a la transición y egreso de los usuarios y usuarias que detalle las acciones y actividades implicadas en el acompañamiento posterior al egreso de los usuarios y usuarias. Dicho plan debe contemplar las siguientes características:

1. Ser co-construido con los usuarios y usuarias.
2. Considerar acciones y actividades en distintos ámbitos de intervención, atendiendo a la evidencia (Courtney et al, 2019; Okpych, Park & Courtney, 2019; Burley and Lee, 2010). Se recomiendan los siguientes ámbitos: vinculación con redes, empleabilidad, vivienda, educación, economía, salud, habilidades para la vida y orientación legal.
3. Anticipar lineamientos de acompañamiento acuerdo a distintas vías de egreso: sean por mayoría de edad, término de estudios superiores, derivaciones a otras residencias o dispositivos, entre otras.
4. Contemplar lineamientos de adaptación del plan según las condiciones de egreso (egreso a vida interdependiente sin pareja, con pareja, reunificación familiar, entre otros) y adaptar necesidades de los usuarios y usuarias.

Incorporar apoyo económico a los usuarios y usuarias posterior a su egreso del programa

La evidencia internacional muestra que el apoyo económico a los y las jóvenes es fundamental para el éxito en su proceso de transición a la vida interdependiente (Burley & Lee, 2010; Courtney, et al., 2019). De ahí que el diseño del programa debiera incorporar brindar un soporte económico que apoye a los jóvenes durante dicho periodo de transición.

Socializar acciones y medidas post-egreso con niñas, niños, y adolescentes y sus familias

También el Modelo Técnico debe incorporar lineamientos para la forma y el momento en que las acciones y medidas de acompañamiento post-egreso deben comunicarse a los involucrados, de tal forma que éstas sean con la antelación suficiente como para no generar ansiedad en los usuarios, usuarias y sus familias.

7.4 Recomendaciones asociadas a la escalabilidad del modelo

Importancia de la fidelidad de la implementación respecto al diseño

Es preciso que una vez ajustado el Modelo Técnico, éste se implemente con la mayor rigurosidad posible por parte de los equipos, esto es, con completa fidelidad al diseño. De ello depende poder atribuir los resultados obtenidos al Modelo y no a innovaciones introducidas por un equipo particular. Este trabajo de sistematización constituye un primer paso en esta materia, ya que contribuye a cristalizar los factores relevantes para la replicabilidad del modelo, de manera que éste pueda ser escalable.

Necesidad de contar con un estudio de sostenibilidad económica, una vez ajustado el modelo

Otro de los elementos clave para la incidencia del Modelo a una mayor escala tiene que ver con su sostenibilidad económica. Para ello es preciso que, una vez que se introduzcan algunos o todos

los cambios sugeridos en este informe, se revise el presupuesto que implica la puesta en marcha del modelo en las nuevas condiciones.

Revisar articulación del Modelo con el nuevo marco normativo

Es importante evaluar cómo este modelo podría insertarse en la nueva institucionalidad de protección de la infancia en Chile. Esto porque el Proyecto de Ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, ya fue aprobado por el congreso, y busca fortalecer toda la respuesta orientada a la prevención de la institucionalización, lo que abre la interrogante respecto al lugar de los Programas de residencia y a la priorización de iniciativas como las de este Modelo. Aun así, dicho proyecto contempla nuevos estándares para la oferta programática de cuidado alternativo y reconoce la necesidad de brindar intervenciones especializadas para aquellos jóvenes en el sistema de protección residencial que no logran ser re-vinculados con sus familias de origen.

Necesidad de contar con resultados de evaluación de impacto

Finalmente, con miras a la escalabilidad del Modelo, sería relevante identificar sus logros y fortalezas en base a los resultados de evaluación de resultados. En la medida que el modelo se implemente de forma fidedigna y se llegue a un modelo maduro, es recomendable poder realizar una evaluación rigurosa. Una posibilidad que recomendamos considerar es que el modelo se implemente en un número mayor de residencias que ojalá se asignen aleatoriamente. Esto permitirá identificar los resultados del modelo e informar las posibilidades para su escalabilidad a nivel nacional.

8 Referencias

- Achaval, O., & Aulicino, C. (2015). Estrategias de protección a la primera infancia en la experiencia internacional. Documento de trabajo, 145.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Zetina, J. A., Soriano, A. M., & Colin, G. V. (2007). Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas españolas de psiquiatría*.
- Aldunate, E., & Córdoba, J. (2011). Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Santiago: ILPES.
- Álvarez, J. (2014). Factores de riesgo asociados para ingresar al circuito de Justicia Juvenil del Sename. Senales.
- Antonopoulou, P., Killian, M., & Forrester, D. (2017). Levels of stress and anxiety in child and family social work: Workers' perceptions of organizational structure, professional support and workplace opportunities in Children's Services in the UK. *Children and Youth Services Review*, 76, 42-50.
- Bahle, T. (2003). The changing institutionalization of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat? . *Journal of European Social Policy*, 13 (5), 5-20
- Barch, D., Pagliaccio, D., Belden, A., Harms, M., Gaffrey, M., Sylvester, C., . . . Luby, J. (2016). Effect of hippocampal and amygdala connectivity on the relationship between preschool poverty and school-age depression. *Am. J. Psychiatry*, 173, 625–634.
- Bardach, E. (1998). Getting agencies to work together. The practice and theory of managerial, craftsmanship. Washington, United States: Brookings Institution Press
- Bell, M. (2002). Promoting children's rights through the use of relationship. *Ch*
- Bird, V., Le-Boutillier, C., Leamy, M., Williams, J., & Bradstreet, M. (2014). Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: standardised measure and reporting guidelines. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 316-321.
- Bourgeois & Nizet (1997) Aprendizaje y formación de personas adultas. París: Presses Universitaires de France (PUF)
- Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Brody, G., Gray, J., Yu, T., Barton, A., Beach, S., Galvan, A., . . . Sweet, L. (2016). Protective prevention effects on the association of poverty with brain development. *JAMA Pediatr.*, 171, 46–52.
- Calheiros, M. M., Patrício, J. N., & Graça, J. (2013). Staff and youth views on autonomy and emancipation from residential care: A participatory research study. *Evaluation and Program Planning*, 39, 57-66.
- Carcelén, M., & Martínez, P. (2008). Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicología*, 26(2).

- Carme, M., & Casas, F. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: revisión de la literatura científica española. *Educación XXI*, 13(2).
- Carpenter, J., Webb, C., Bostock, L., & Coomber, C. (2015). Effective supervision in social work and social care Social Care Institute for Excellence. Briefing .
- Cassarino-Perez, L., Crous, G., Goemans, A., Montserrat, C., & Sarriera, J. C. (2018). From care to education and employment: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 95, 407-416.
- Centro UC de Políticas Públicas. (2016). Estudio sobre sistemas de protección especializada. Santiago: Consejo Nacional de la Infancia. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección. Capítulo 5: Principales retos y desafíos, pp.163-198.
- Consejo Consultivo del Observatorio para la confianza, (2020). Estudio a egresados/as del Sename.
- Contreras, J. I., Rojas, V., & Contreras, L. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena (N.o 1). 15(1), 89-102.
- Contreras, L., Crettier, B., Ramm, A., Gomez, E., Burr, F., (2015). Informe Final Estudio de Caracterización del Vínculo Familia-Niñas, Niños y Adolescentes y de las Intervenciones de Fortalecimiento Familiar.
- Czarniawska, B. (2008). How to minuse institutions and get away with it: some reflections on Institutional Theores. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & Suddaby, Organizational institutionalism (pp. 761-782). London, UK: Sage Publications.
- Dahmen, B., Puetz, V., Scharke, W., von Polier, G., Herpertz-Dahlmann, B., & Konrad, K. (2017). Effects of Early-Life Adversity on Hippocampal Structures and Associated HPA Axis Functions. *Dev Neurosci*.
- De Iruarrizaga, F. (2016). Rediseñando el Sistema de Protección a la Infancia en Chile. *Estudios Públicos*, 141, 7-57.
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., & May, A. (2004). Changes in grey, matter induced by training. *Nature*, 427, 311–312.
- Droguett, F., & Fernández, P. (2017). Gestionar la protección, administrar el sufrimiento: análisis del sistema de protección a la infancia de Chile. Santiago de Chile. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Elmore, R. (1978). Organisational models of social program implementation. Public Policy. In M. Hill, The policy procss. A reader. (pp. 241-271). Hemel Hempstead, UK: Prentice Hall
- Erickson, K., Voss, M., Prakash, R., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., . . . Kramer, A. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 108, 3017–3022.
- Farías, A. M. (2003). El difícil camino hacia la construcción del niño como sujeto de derechos. *Revista de derechos del niño*, 2, 187-224.
- Ford, A., & Valdebenito, A. (2012). Estudio documental: Una aproximación teórica a la posición asignada al niño o niña ya su familia de origen en los centros residenciales y programas asociados del

- Sistema de Protección para la Infancia Vulnerada del Servicio Nacional de Menores. Santiago: Universidad de Chile.
- Giordan, A., & De Vecchi, G. (1987). Les origines du savoir.(SI): Neuchâtel-Paris. *Delachaux & Niestlé*.
- Gogtay, N., Giedd, J., Lusk, L., Hayashi, K., Greenstein, D., Vaituzis, a. C., . . . Thompson, P. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 101, 8174–9, 101, 8174–9.
- Hair, N., Hanson, J., Wolfe, B., & Pollak, S. (2015). Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr*, 169, 822-829.
- Holden, M., Izzo, C., Nunno, M., Smith, E. G., Endres, T., Holden, J. C., & Kuhn, F. (2010). Children and residential experiences: A comprehensive strategy for implementing a research-informed program model for residential care. *Child Welfare*, 89(2), 131-149.
- Humanos, I. N. (2016). Informe Anual. Santiago: INDH.
- Iglesias Sobero, M. D. L. M. (2011). *Prácticas docentes reflexivas como medio para un mejor desarrollo profesional: una propuesta colaborativa* (Master's thesis, Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Educación).
- INDH (2016). Informe Anual 2016: Situación de los Derechos Humanos.
- ILPES. (2004). Metodología del Marco Lógico. Boletín del Instituto Nº15. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 7-47.
- Incarnato, M. (2010). Políticas de Transición en América Latina. Prácticas Facilitadoras del egreso de instituciones. Buenos Aires: Pre-Congreso Sudamericano Sobre Derechos de la Niñez y la Adolescencia.
- Lambert, H., Sheridan, M., Sambrook, K., Rosen, M., Askren, M., & McLaughlin, K. (2017). Hippocampal Contribution to Context Encoding across Development Is Disrupted following Early-Life Adversity. *J. Neurosci.*, 37, 1925–1934.
- Leigh-Smith, C., Toth, K., & SANDERS, R. (2014). The Sanctuary model, creating safety for an out-of-home care community. *Children Australia*, 39(4), 232.
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M., Babb, C., . . . Barch, D. (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development. *JAMA Pediatr.*, 167, 1135.
- Lundin, M. (2007). The conditions for multi-level governance Implementation, politics and cooperation in Swedish active labor market policy. Dissertation series 2007.
- Maguire, E., Gadian, D., Johnsrude, I., Good, C., Ashburner, J., Frackowiak, R., & Frith, C. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 97, 4398–4403.
- Makinde, T. (2005) Problems of Policy Implementation in Developing Nations. *Journal of Social Sciences*, 11, 63-69.
- McAuley, C., & Davis, T. (2009). Emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child and Family Social Work*, 14(2), 147-5.
- Martínez, V. (2010). Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes, atendidos por los centros residenciales de SENAME. UNICEF.

- McGue, M., Elkins, I., Walden, B., & Iacono, W. G. (2005). Perceptions of the parent-adolescent relationship: a longitudinal investigation. *Developmental psychology*, 41(6), 971.
- Mechelli, A., Crinion, J., Noppeney, U., O' Doherty, J., Ashburner, J., Frackowiak, R., & Price, C. (2004). Neurolinguistics: Structural plasticity in the bilingual brain. *Nature*, 431, 757.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Gobierno de España.
- Mortimer, J. T., & Larson, R. W. (Eds.). (2002). *The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood*. Cambridge University Press.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24, 315–340.
- Naciones Unidas. (2018). Informe del Comité de Derechos del niño de Naciones Unidas. ONU.
- Nett, & Spratt. (2012). Child Protection Systems: An international comparison of “good practice examples” of five countries (Australia, Germany, Finland, Sweden, United Kingdom) with recommendations for Switzerland. Fonds Suisse pour des projects de protection de l'enfance.
- Nickerson, A. B., Brooks, J. L., Colby, S. A., Rickert, J. M., & Salamone, F. J. (2006). Family involvement in residential treatment: Staff, parent, and adolescent perspectives. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 681. doi:[10.1007/s10826-006-9041-1](https://doi.org/10.1007/s10826-006-9041-1).
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12.
- Noble, K., Houston, S., Brito, N., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J., . . . Van Zijl, P. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat. Neurosci.*, 18, 773–778.
- O'Toole, L. (2003). Interorganizational relations in implementations. In J. Pierre, & B. Peter, *Handbook of public administration*. London, UK: Sage Publications
- Observa. (2014). Boletín digital. Santiago: Observa.
- Paquola, C., Bennett, M., & Lagopoulos, J. (2016). Understanding heterogeneity in grey matter research of adults with childhood maltreatment—A meta-analysis and review. *Neurosci. Biobehav. Rev.*
- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C., Eldridge, S., Grandes, G., & Griffiths, C. (2017). Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI). Statement BMJ.
- Proctor, E., Silmere, H., & Raghavan, R. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65-76.
- Raczynski, D. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. *En Foco*, 77, Article 77.
- Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Publication No. 04-0051-1.
- Rodríguez, A. (2015). Familias de origen: percepciones al respecto de las problemáticas que dificultan la vinculación con menores institucionalizados. Santiago: Universidad Alberto Hurtado.

- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. y Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications
- Schön, D.A. 1987. *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in professions*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Sename. (2015). Anuario Estadístico 2015. Santiago de Chile. Santiago: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Gobierno de Chile.
- Sename. (2017). Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME. Santiago: Departamento de Planificación y Control de Gestión.
- Servicio Nacional de Menores. (2015). Orientación Técnica. Programa Familias de Acogida Administración Directa. FAE AADD.
- Sigrid, J. (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.
- Social, M. d. (2018). Libro de Códigos Base de Encuesta Casen 2017.
- Social, M. d. (2018). Libro de Códigos Base de Encuesta CASEN 2017.
- Somers, C. L., Day, A. G., Chambers, M. M., Wendler, K. A., Culp, H. A., & Baroni, B. A. (2016). Adolescents in residential treatment: caregiver and peer predictors of risk behavior and academic performance. *Current Psychology*, 35(1), 131-141.
- Stein, M. (2008). Young people leaving care. National Children's Bureau Highlight (208).
- Tarren-Sweeney, M. (2008). The mental health of children in out-of-home care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 345–349.
- The National Quality Forum. (2003). Safe practices for better healthcare: a consensus report. Summary. Washington.
- Unicef. (2002). Internación de Niños: ¿El comienzo del fin? Crisis de los internados y transformación de las políticas de infancia en España, Italia y el Cono Sur. Centro de investigaciones innocent: Florencia (Italia).
- Ursin, M., Oltedal, S., & Muñoz, C. (2017). Recognizing the 'big things' and the 'little things' in child protection cases. *Child & Family Social Work*, 22(2), 932-941.
- Vargas, M., & Correa, P. (2011). La voz de los niños en la justicia de familia de Chile. *Ius et Praxis*, 17(1), 177-204.
- Vergara, M., Valencia, C., & Leblanc, C. (2001). Presentación doctoral: Factores psicosociales condicionantes de la situación de abandono total o parcial que enfrentan las niñas atendidas en el hogar femenino nº1 de la Fundación Niño y Patria. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Yanow, D. (1987). Toward a policy culture approach to implementation. *Policy Studies Review*, 7 (1), 103-115.
- Yanow, D (1996) How does a policy mean? Interpreting Policy and Organizational Actions Georgetown University Press, Washington, D.C. US
- Yanow, D. (2000) Conducting Interpretive Policy Analysis, London: Sage.
- Zimmerman, R. (1982). *Foster care in retrospect*. New Orleans, LA: Tulane University Press.

9 Anexos

9.1 Anexo 1. Actualización del Marco Lógico y la Evaluación de Diseño

A continuación, se vuelven a presentar los instrumentos asociados a la evaluación de diseño, incorporando los cambios esperados de la Actualización del Modelo Técnico. Cabe mencionar, que estos permanecen similares en su mayoría, siendo posible ver la mayor cantidad de cambios en relación al Marco Lógico.

9.1.1 Análisis de Involucrados

En esta sección se describe a los actores relevantes involucrados en el programa, mediante una cartografía resumida y dinámica sintetizada en una tabla. Este análisis da cuenta de los principales intereses en torno al proyecto, cuál es la posición de cada actor y, por último, cuál es su nivel de interés. El análisis de involucrados permite identificar la población objetivo y orientar estrategias que saquen el mayor provecho del apoyo de los distintos actores hacia el proyecto. La posición ante este es dinámica y puede cambiar durante la implementación del proyecto. La posición y opinión de los distintos actores no es abordada en el modelo técnico de manera explícita; su interés, posición e influencia se develan a partir de este análisis.

Población Objetivo

La **población objetivo** son las niñas, niños, y adolescentes vulnerados en sus derechos que viven actualmente en las residencias terapéuticas especializadas.

Perfil de la población objetivo¹⁹: Se trata de las niñas, niños, y adolescentes de alta complejidad. Entre otras cosas, comúnmente presentan graves y múltiples vulneraciones de sus derechos, problemas psicológicos, y psiquiátricos, consumo problemático de sustancias (alcohol y drogas), abandonos frecuentes del sistema de protección y comportamientos disruptivos.

Beneficiarios indirectos

Como **beneficiarios indirectos** se encuentran varios actores. En primer lugar, se encuentran las **familias** de las niñas, niños, y adolescentes residentes que buscan principalmente que sus hijos o familiares se encuentren protegidos mientras se desarrollan los procesos judiciales y se trabajan mediadas de revinculación. En segundo lugar, se encuentra el **equipo profesional** de estas residencias modelo, cuyo interés radica en prestar un buen servicio de cuidado, acompañamiento y restitución de los derechos de las niñas, niños, y adolescentes. También están interesados en general un buen ambiente de trabajo y el acompañamiento necesario para llevar a cabo su labor.

El **equipo de trabajo del Hogar de Cristo** es también un beneficiario indirecto que supervisa la implementación del modelo. El principal interés de este grupo es que el programa piloto de residencias se implemente acorde a los objetivos propuestos en el modelo técnico. El equipo debe responder a las demandas tanto de los equipos de trabajo en las residencias, y de los **socios y fundaciones sostenedoras del Hogar de Cristo**. Las fundaciones sostenedoras constituyen también un beneficiario indirecto que

¹⁹ Referencia: Estado actual de las residencias para jóvenes del Hogar de Cristo, p.16

busca que los recursos monetarios que se aporten se utilicen de manera eficiente y eficaz, haciéndose parte activa en la supervisión, ejecución, y la toma de decisiones sobre el modelo de intervención.

Otro beneficiario indirecto corresponde a **SENAME** que busca que sus organismos colaboradores realicen una adecuada labor de cuidado y protección de las niñas, niños, y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Su interés también radica en poder utilizar la experiencia de evaluación del modelo para mejorar la implementación de otras residencias, y particularmente de los CREADs.

Por último, otras organizaciones que corresponden a **Organismos Colaboradores acreditados por SENAME** (OCAS) son también beneficiarios indirectos del programa. Todos los organismos tienen el objetivo común de proteger a las niñas, niños, y adolescentes vulnerados en sus derechos. La evaluación del modelo de residencias piloto es potencialmente un importante insumo para otros modelos de intervención. Por el otro lado, un grupo de OCAS se relaciona en específico con el modelo, ya que participan de la evaluación de impacto y son comparadas con el modelo residencial del Hogar de Cristo.

9.1.2 Árbol de problemas

El Árbol de Problemas (Figura A2) es una herramienta que se utiliza para mostrar las relaciones causales observadas en la implementación de un modelo. Esta no se encuentra incluida como tal en el Modelo Técnico, sino que se trata de una reconstrucción a partir de la evidencia que se enuncia y los problemas que se esbozan a lo largo el documento. El problema descrito en el modelo técnico corresponde a:

“Un Modelo de Residencias que no mejora la calidad de vida ni incluye socialmente a los adolescentes y jóvenes vulnerados en sus derechos” El actual modelo busca ser una respuesta a un diagnóstico autocrítico respecto a la forma de diseñar e implementar residencias tanto en el Hogar de Cristo, como también otras OCAS y el SENAME. El Hogar de Cristo sugirió que el modelo anterior de residencia tenía problemas severos en asegurar una buena calidad de vida y favorecer la inclusión social de los jóvenes egresados del programa.

Las principales **causas** que ayudarían explicar la falta de mejora la calidad de vida y la exclusión social a los adolescentes y jóvenes, incluyen un personal escaso y poco calificado para tratar con este tipo de población, o para crear un ambiente de buenos tratos. Existe además una **escasa articulación con otros sistemas o servicios públicos** como el sistema escolar, el sistema de salud, los servicios sociales y las actividades de la comunidad que permitan realizar un diagnóstico integral, un plan de intervención adecuado y ejecutarlo a lo largo del tiempo.

Las gestiones judiciales por parte de abogados y Tribunales de Familia son lentas, exponiendo al joven a una separación más extensa de lo recomendada. El modelo tampoco permite la independencia ni la privacidad al joven, preparándolo escasamente para los requerimientos de la vida adulta e interdependiente. El trabajo realizado con familias en pos de desarrollar capacidades parentales y trabajar procesos de revinculación resulta deficiente debido a la complejidad y los escasos incentivos que la residencia entrega para hacer un trabajo sistemático. La infraestructura es deficiente, poco acogedora y peligrosa para los jóvenes. Existe poca supervisión externa, tanto de la red SENAME como parte del Hogar de Cristo, lo que no permite desarrollar mecanismos de mejora efectivos.

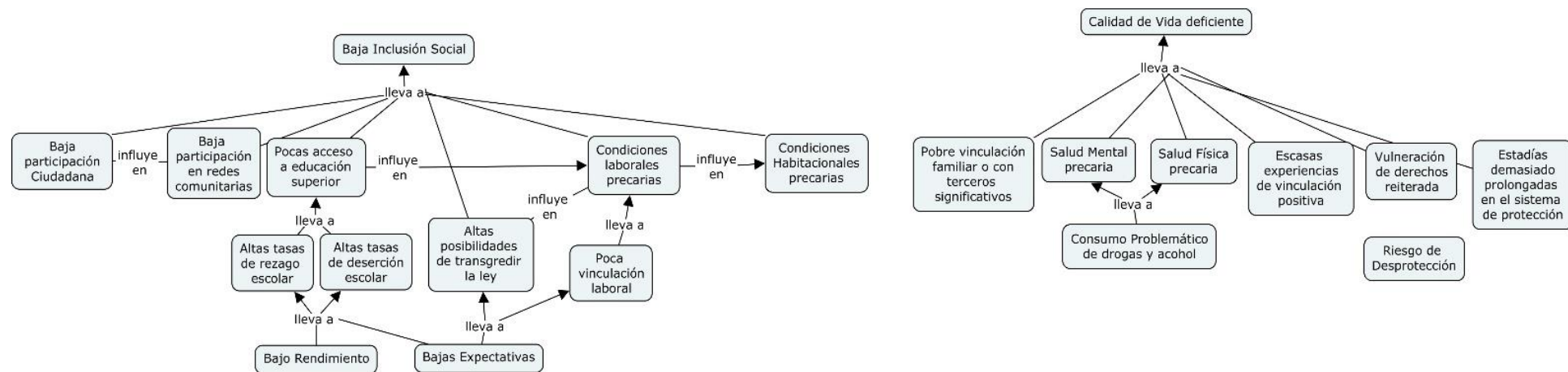
La intervención anterior propuesta por el Hogar de Cristo no estaría fomentando la participación ciudadana ni la participación en redes comunitarias del joven. Los jóvenes suelen tener bajo rendimiento escolar, con altas tasas de rezago y deserción escolares. Pocos acceden a educación superior ni logran condiciones laborales ni habitacionales adecuadas. En general, priman bajas expectativas frente a sus

vidas y altas posibilidades se volverse infractores de ley. Ninguna de estas condiciones permite la inclusión social de jóvenes vulnerados en sus derechos.

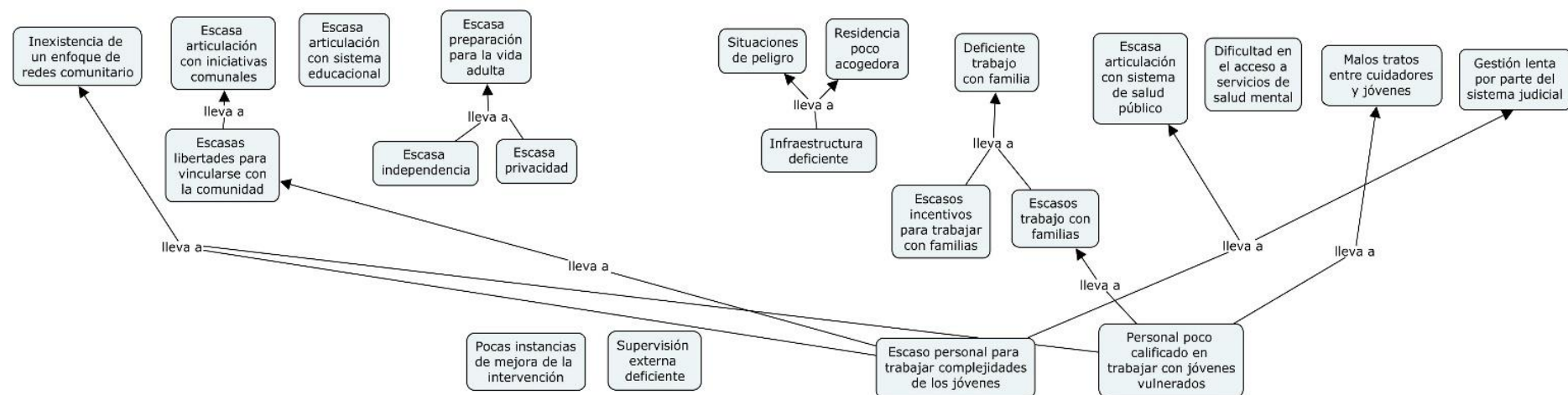
Los niñas, niños, y adolescentess están también expuestos a una mala calidad de vida que se traduce en una pobre vinculación familiar y escasas experiencias de vinculación positiva de parte de familiares y cuidadores, una salud mental y física precaria. Las estadías demasiado largas en el sistema de protección resultan dañinas para el desarrollo del joven y no necesariamente disminuyen el riesgo de desprotección, sino que muchas perpetúan la vulneración de derechos, ya sea en la residencia y/o en su entorno familiar

.

Figura A2. Árbol de problemas, evaluación de diseño



Un Modelo de Residencias que no mejora la calidad de vida ni incluyen socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados en sus derechos



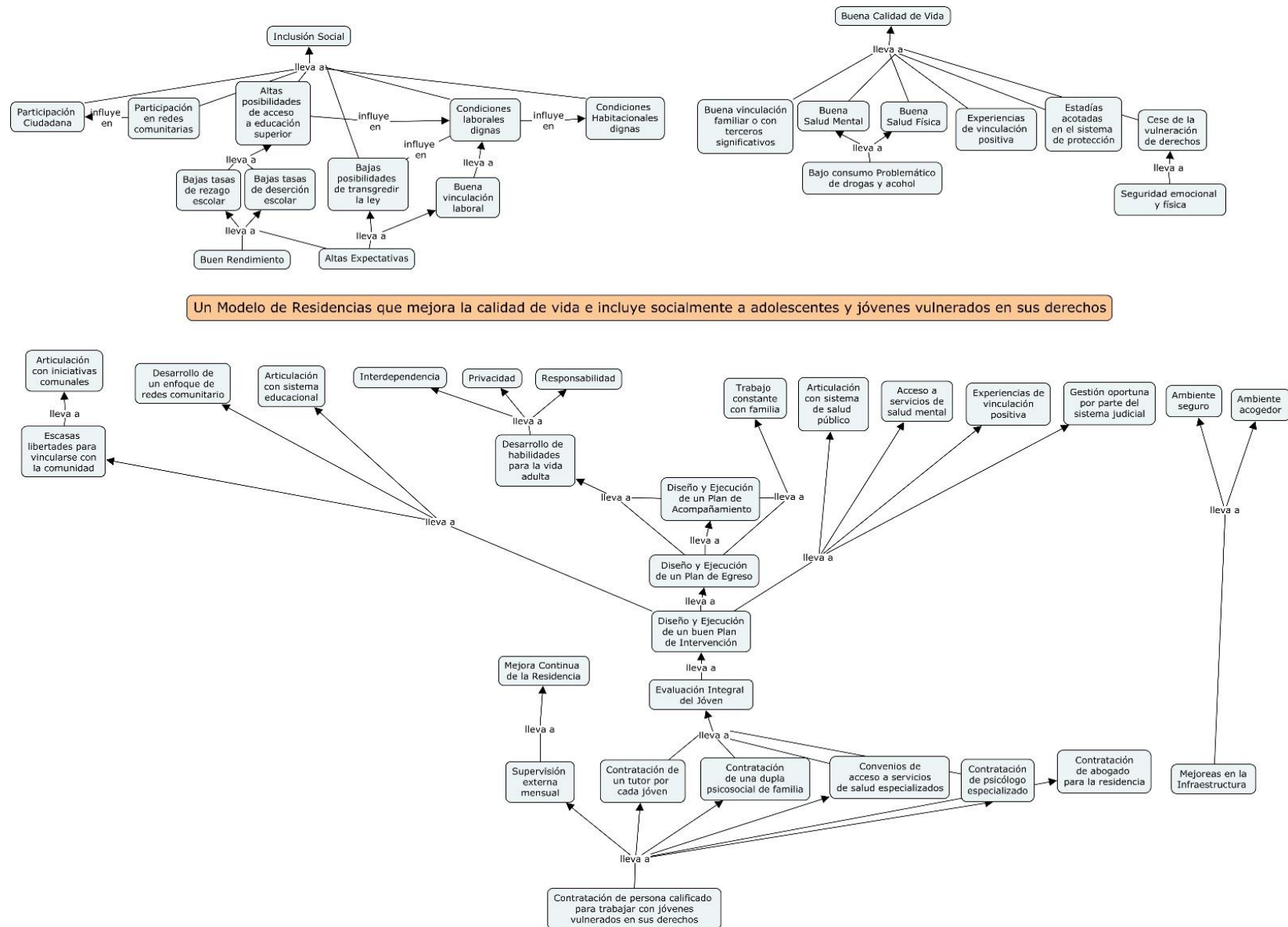
9.1.3 Árbol de objetivos

El objetivo es entregar un modelo de residencia que mejore la calidad de vida e incluya socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados en sus derechos.

A través de la contratación de personal calificado y especializado será posible realizar un diagnóstico integral del joven. Esto permite establecer un plan de apoyo adecuado para las necesidades de cada joven. Este se articulará con el sistema de salud y salud mental, el sistema jurídico y sistema educacional, permitiendo que el joven experimente una vinculación positiva con sus cuidadores y también un trabajo sistemático con las familias, evitando de esta manera que la experiencia en la residencia esté marcada por vinculaciones negativas dentro del hogar como con sus familias (Figura 3). A través del plan de egreso se trabajará con las familias para desarrollar competencias parentales y explorar posibilidades de revinculación. Asimismo, se entrega al joven competencias para la vida adulta e interdependiente, trabajando de esta manera para evitar un egreso marcado por la incertidumbre. Se busca desarrollar hábitos de vida interdependiente que le permitan estar incluido socialmente, desarrollarse en el ámbito académico y laboral, evitar las situaciones de riesgo e infracciones de ley.

De esta manera se espera favorecer la inclusión social de las niñas, niños, y adolescentes a través de la participación ciudadana y en la comunidad, una mejora de expectativas, un mejor rendimiento escolar, menos rezago y deserción, posibilitando potencialmente el acceso a educación superior, mejores condiciones laborales, y habitacionales. También se espera poder mejorar la calidad de vida de las niñas, niños, y adolescentes por medio de estadías acotadas en las residencias, una mayor vinculación con sus familiares y cuidadores, una buena salud mental y física y un ambiente de seguridad emocional y físico que cese la vulneración de derechos.

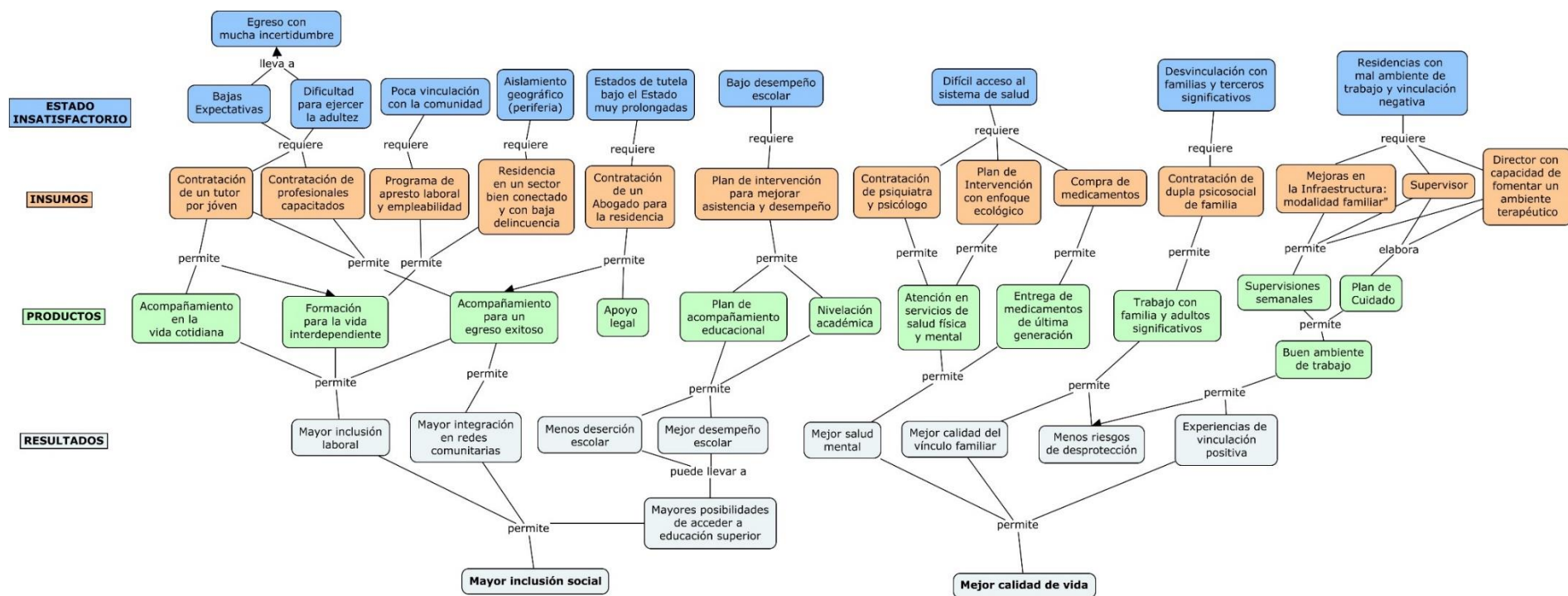
Figura 3. Árbol de objetivos, evaluación de diseño



9.1.4 Teoría de Cambio

La teoría de cambio es un instrumento metodológico que “dibuja el recorrido” que el proyecto debería realizar, de acuerdo a su diseño, para lograr los objetivos que se propone. Busca exponer de manera coherente, realista y medible el camino desde la situación actual, descrita en el árbol de problemas, a la situación deseada por el programa. Es decir, a los objetivos que se propone y que fueron descritos anteriormente en el árbol de objetivos. La teoría de cambio presentada en el presente informe (Figura 4) se trata de una elaboración propia a partir de aspectos que se pueden vislumbrar desde el Modelo Técnico. Para ello se utilizó como referencia una Teoría de Cambio elaborada por Hogar de Cristo.

Figura 4. Teoría de cambio, evaluación de diseño



9.1.5 Matriz de Marco Lógico

La evaluación de diseño en este informe 1, se basa en la Metodología de Marco Lógico (MML), que permite presentar de forma resumida y estructurada la información esencial del programa. La MML es utilizada ampliamente por distintos organismos del sector público y privado, por ONG, y otras instituciones internacionales.

Para su construcción se utilizó información que se desprende de las herramientas de análisis anteriores, el Modelo Técnico del Hogar de Cristo y el modelo de evaluación utilizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile como organismo evaluador externo. De ahí que la Matriz diferencie métodos de verificación internos como externos. A partir de ellos, finalmente se plantean observaciones y recomendaciones respecto a la especificidad y coherencia del modelo.

La matriz se presenta con una estructura cuatro por cuatro, que responde a una lógica vertical y otra horizontal. La Lógica vertical da cuenta de las relaciones de causa-efecto entre los distintos niveles. Estas corresponden a:

- i. **Fin:** definición de cómo el proyecto va a contribuir a la solución del problema
- ii. **Propósito:** definición de la contribución que el proyecto realiza para lograr el fin. Indica qué se logrará al terminar el Proyecto.
- iii. **Componentes:** servicios incluidos en el proyecto
- iv. **Actividades:** tareas que se deben cumplir para cada componente

La lógica horizontal responde al principio de correspondencia, es decir, busca mostrar de que deben cumplir ciertos supuestos y que cada apartado debe estar expresado en indicadores medibles y accesibles con los medios de verificación. Las columnas entrega información respecto a:

- i. Resumen de los **objetivos**
- ii. **Indicadores** verificables
- iii. Medios de **verificación** independientes
- iv. **Supuestos** o Riesgos

Para la construcción de la Matriz de Marco Lógico fue necesario recordar los objetivos que se plantea el Modelo técnico. Estos objetivos se resumen en la sección siguiente.

Objetivos del modelo técnico

Objetivo General

La residencia terapéutica especializada busca mejorar la calidad de vida e incluir socialmente a las niñas, niños, y adolescentes vulnerados gravemente en sus derechos con necesidades múltiples y complejas a través de un tratamiento combinado multidimensional.

Objetivos Específicos

- Mejorar el bienestar subjetivo de los jóvenes;
- Promover, proteger y restablecer la salud mental de los jóvenes;
- Incrementar los logros educacionales;
- Aumentar la inclusión social;
- Favorecer la vinculación familiar con la familia de origen;

- Eliminar o reducir el riesgo de desprotección de los adolescentes; y
- Acompañar a los egresados en su transición a la vida adulta.

Precisiones conceptuales

Se busca medir el bienestar y calidad de vida, entendiendo que estos son conceptos abstractos y muchas veces subjetivos, por lo cual es un desafío medirlos a través de una evaluación. A partir del modelo planteado por Hogar de Cristo, se entenderá por “bienestar y calidad de vida” un conjunto de variables que se relacionan con:

- **Bienestar:** estrés, bienestar subjetivo (evaluación de sus propias vidas en un ámbito afectivo y cognitivo), autoestima.
- **Salud:** Salud mental, salud física, consumo de drogas.
- **Inclusión social:** índice de delito, empleabilidad, índice de embarazo adolescente, condiciones de habitabilidad, participación ciudadana, participación laboral, mayores ingresos económicos.
- **Transición a la vida adulta:** autonomía.
- **Educación:** Asistencia, repitencia, deserción, desempeño, percepción del entorno escolar, aspiraciones educativas.
- **Vinculación:** Vinculación con el medio, vinculación con amigos, vinculación con cuidadores, vinculación con familia.

La Matriz de Marco Lógico como tal se puede ver en la Tabla 15. A partir de esta se plantean observaciones y recomendaciones que han sido incluidas en el siguiente apartado.

Tabla 15. Matriz de Marco Lógico: Resumen de objetivos, indicadores, y medios de verificación

Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
Mejora la calidad de vida e inclusión social de los jóvenes vulnerados en sus derechos	INCLUSIÓN SOCIAL			Los jóvenes participan de las actividades y permanecen en la residencia, es decir, no hacen abandono espontáneo
	Educación			
	% Baja en Deserción Escolar	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Registros del establecimiento escolar	
	% Baja en Repitencia	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Registros del establecimiento escolar	
	% Aumento de la Asistencia	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Registros del establecimiento escolar	
	% Aumento de aspiraciones educacionales	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Entrevista individual con tutor	
	% Aumento en la percepción de apoyo en temas educacionales	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Entrevista individual con tutor	
	Empleabilidad			
	% Aumento de experiencias de trabajo remunerado	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	% Aumento de trabajo con contrato (en caso de ser mayor de edad)	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	% Aumento de aspiraciones laborales	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	Integración Social			
	% Aumento de actividades extracurriculares (ej clubes de fútbol, clases de baile, participación estudiantil, scout)	Encuesta niñas, niños, y adolescentes: Child Behaviour Checklist	Registro de Cuaderno de Vida y Child Behaviour Checklist	
	% Baja en Infracciones a la Ley	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	

FIN

Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
	% Baja en conductas disruptivas	Encuesta niñas, niños, y adolescentes: Child Behaviour Checklist	No se especifica medio de verificación	
	BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA Salud Mental			
	% Baja en síntomas depresivos	Encuesta: Escala de Birleson	Escala de Birleson	
	% Baja en estrés Percibido	Encuesta: Escala de Estrés Percibido	Escala de Bienestar Subjetivo	
	% Baja en sintomatología de salud mental	Encuesta: MiniKid	Evaluación Psicológica	
	% Baja en Consumo problemático de sustancias	Encuesta: ASSIST	Controles médicos y ASSIST	
	% Aumento en la satisfacción del tratamiento psicológico y psiquiátrico	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	Salud Física			
	% Aumento en la percepción de bienestar físico	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	% Aumento en la actividad física	Encuesta niñas, niños, y adolescentes: Child Behaviour Checklist	Child Behaviour Checklist	
	% Aumento de uso de anticonceptivos	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	% Baja en Embarazo Adolescente	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	Experiencia de Vinculación positiva			
	% Aumento en la percepción de una vinculación cercana con tutores y/o cuidadores	Encuesta de satisfacción	No se especifica medio de verificación	
	% Aumento de la satisfacción de estar en la residencia	Encuesta de satisfacción	No se especifica medio de verificación	
	% Disminución del estrés percibido en los equipos	Encuesta Cuidador	No se especifica medio de verificación	

PROPÓSITO	Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
		Vinculación Familiar % Aumento en la frecuencia de visitas	Encuesta Familia y Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Registros dupla familia en cuaderno de vida	
		% Aumento en la percepción de la calidad del vínculo con familiares o 3ros significativos	Entrevistas niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
	1. Conocimiento profundo del joven	Profesionales conocen y están al tanto del historial de vida del joven respecto a: a. Historial familiar; b. Medidas judiciales; c. Análisis de factores protectores y de riesgo; d. Fuentes de ingreso; e. Condiciones habitacionales; f. Intereses y motivaciones; g. Salud Mental; h. Red familiar o de terceros significativos		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	Un buen conocimiento del joven permite diseñar un plan de Intervención más efectivo y atingente. Además, permite otorgar un cuidado y protección informado respecto al historial de trauma y las necesidades particulares de cada joven.
	2. Conocimiento profundo de las particularidades de la familia de cada joven	Análisis de factores protectores y de riesgo Capacitación en competencias parentales		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo Lineamientos para el Trabajo con Familias y Terceros	El trabajo con familia es crucial para mejorar la calidad de vida del joven, sea esta una familia que es capaz de hacerse cargo o no de él, ya que la evidencia da cuenta que siempre serán un referente importante.
	3. Acompañamiento a través de una Plan de Intervención para el Adolescente durante la estadía en la casa	Análisis de factores protectores y de riesgo		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	El acompañamiento cotidiano es clave para establecer rutinas y hábitos que permitan que el joven de desarrolle de manera óptima. Este requiere de una persona que sea referente afectivo y moral respecto a cómo actuar y que pueda modelar comportamientos.
	4. Articulación con el sistema de salud, articulación con el sistema escolar, articulación con actividades de la comunidad y el sistema judicial.	% Aumento en la participación de Actividades de Interés en la comunidad % Aumento del involucramiento de un adulto en el proceso aprendizaje y enseñanza % Aumento del acceso a servicios de salud	Encuesta al Cuidador: Child Behaviour Checklist Encuesta niñas, niños,	Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo y Child Behaviour Checklist No se especifica medio de verificación Cuaderno de Acompañamiento	Una mirada ecológica tiene como supuesto que ningún individuo funciona de manera aislada, sino que se encuentra en constante encuentro con otros sistemas. Una intervención adecuada debe reconocer y recoger los recursos del entorno para lograr una mayor

Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
		y adolescentes	del joven y su familia y/o adulto significativo	inclusión del joven en la sociedad.
	% Aumento en el acceso de medicamentos	Encuesta al Cuidador	Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	
	% Aumento de la percepción de acompañamiento en procesos judiciales	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	No se especifica medio de verificación	
5. Preparación para el egreso del joven a través de la revinculación familiar y/o a la vida interdependiente	% Aumento de habilidades para la vida adulta	Encuesta Familia: Escala de Parentalidad	Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	Las habilidades para la vida adulta resultan importantes para lograr una vida interdependiente y desarrollar el proyecto de vida.
6. Seguimiento y acompañamiento del joven y a su familia por un año tras el egreso	% Aumento de la percepción de apoyo en su proceso de egreso	Encuesta niñas, niños, y adolescentes	Plan de co-construcción de Egreso a la vida interdependiente Evaluación y seguimiento para el egreso a la vida interdependiente	La salida de la residencia supone un cambio importante para la vida del joven, por lo que aún requiere de apoyo a través de un monitoreo y acompañamiento en sus decisiones personales, finanzas, estabilidad emocional y relaciones personales.
1. Evaluación Integral realizada por el Equipo de la Residencia compuesta por el psicólogo, trabajador social, tutores, dupla psicosocial de familia y otras personas relevantes.	1.1. Que se haya consultado y registrado en el Cuaderno de Vida: a. Historial familiar; b. Medidas judiciales; c. Análisis de factores protectores y de riesgo; d. Fuentes de ingresos. Condiciones habitacionales; f. Intereses y motivaciones 1.2. Entrevista individual con la joven registrada en Cuaderno de Vida 1.3. Entrevista Psicológica registrada en Cuaderno de Vida 1.4. Visita domiciliaria registrada en cuaderno de Vida		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	Una buena evaluación permite diseñar un Plan de Intervención más efectivo y atingente. Además, permite otorgar un cuidado y protección informado respecto al historial de trauma y las necesidades particulares de cada joven.
2. Acompañamiento a través de un plan de Intervención para la Familia	2.1. Visitas domiciliarias sistemáticas 2.2. Trabajo en competencias parentales		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	El trabajo con familia es crucial para mejorar la calidad de vida del joven, sea esta una familia que es capaz de hacerse cargo o no de él, ya que la evidencia da cuenta que

ACTIVIDADES	Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
	3. Acompañamiento a través de un plan de Intervención para el adolescente durante la estadía en la casa	3.1. Acompañamiento en la vida cotidiana del adolescente		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	siempre serán un referente importante para él. El acompañamiento cotidiano es clave para establecer rutinas y hábitos que permitan que el joven de desarrolle de manera óptima. Este requiere de una persona que sea referente afectivo y moral respecto a cómo actuar y que pueda modelar comportamientos.
	4. Articulación con el sistema de salud, articulación con el sistema escolar, articulación con actividades de la comunidad y el sistema judicial.	4.1. Participación en actividades de Interés en la comunidad 4.2. Chequeo de asistencia y desempeño académico 4.3. Articulación con el sistema de salud 4.4. Entrega adecuada de medicamentos, si es necesario 4.5. Reuniones periódicas con abogado de la residencia		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	Una mirada ecológica tiene como supuesto que ningún individuo funciona de manera aislada, sino que se encuentra en constante encuentro con otros sistemas. Una intervención adecuada debe reconocer y recoger los recursos del entorno para lograr una mayor inclusión del joven en la sociedad.
	5. Preparación para el egreso del joven a través de la revinculación familiar y/o a la vida interdependiente	5.1. Sesiones de entrega de herramientas para la vida adulta 5. 2. Trabajo con familia y/o adultos significativos		Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo Plan de co-construcción de Egreso a la vida interdependiente	Las habilidades para la vida adulta resultan importantes para lograr una vida interdependiente y desarrollar el proyecto de vida. El apoyo familiar resulta un aspecto crucial.
	6. Seguimiento y acompañamiento del joven y a su familia por un año tras el egreso	6.1. Contacto y monitoreo con el joven dos veces al mes entre el primer y sexto mes 6.2. Contacto y monitoreo con el joven una vez al mes entre el sexto mes y el doceavo.		Evaluación y seguimiento para el egreso a la vida interdependiente Cuaderno de Acompañamiento del joven y su familia y/o adulto significativo	La salida de la residencia supone un cambio importante para la vida del joven, por lo que aún requiere de apoyo a través de un monitoreo y acompañamiento en sus decisiones personales, finanzas, estabilidad emocional y relaciones personales.
	1. Ejecución de una Evaluación Integral 2. Ejecución del Plan de Intervención con el	Presupuesto de la residencia		Documentos de Ejecución Presupuestaria	Los profesionales realizan todas las labores pertinentes al proceso de Evaluación, Intervención,

Resumen de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación Evaluación UC	Medios de Verificación Independientes	Supuestos
Adolescente y su Familia 3. Ejecución del Plan de Egreso con el Adolescente y su familia 4. Plan de Acompañamiento por 1 año tras egreso				Egreso y Acompañamiento del Joven

9.2 Anexo 2. Trabajo en Terreno 2020

El presente apartado contempla el trabajo en terreno realizado durante el año 2020. Debido a las limitaciones que significa la crisis sanitaria que vive nuestro país, se decidió como equipo de investigación realizar un terreno de manera remota, es decir, se realizaron las entrevistas vía videollamada con los directores, cuidadores y niñas, niños, y adolescentes del estudio. Para realizar el terreno durante este año se tuvo que tomar en cuenta que los equipo, los adolescentes y sus familias o terceros estaban viviendo situaciones extraordinarias como lo es el encierro, la incertidumbre y el ajuste a una nueva forma de relacionarse y trabajar durante este tiempo. Si bien se consideró necesario visibilizar este tiempo a través de la investigación longitudinal, se procuró que esta, dentro de lo posible, no fuera una carga que se interpusiera en las funciones de cuidado de los cuidadores ni directores, y que los adolescentes tuvieran facilidades para poder participar de ella. Se privilegió la videollamada, por su carácter más personal, y se procuró realizar estas en horarios flexibles de acuerdo a las indicaciones de cada residencia. Asimismo, se privilegió que los cuidadores respondieran la encuesta en un horario de su conveniencia, siendo este preferentemente uno en el que no estuvieran al cuidado de los adolescentes.

9.2.1 Cambios en la encuesta 2020

Debido al agotamiento que puede significar las videollamadas extensas, asimismo como los desafíos en cuanto a privacidad que las personas pudieran atravesar, se decidió acortar todas las encuestas, procurando mantener la extensión dentro de límites más adecuados a la modalidad de videollamada. A continuación, se explicitan los cambios que se realizaron para el proceso de encuestaje de este año.

A. Encuesta al director (30 minutos, siendo que anteriormente podía extenderse a 60 minutos)

- a. Ítems que se mantuvieron
 - i. Antecedentes del director/a
 - ii. Prestaciones
 - iii. Rotación de personal
 - iv. Rutina de la Residencia
 - v. Antecedentes de los niñas, niños, y adolescentes
 - vi. Dificultades y ayuda en la labor de director
- b. Ítems que se descartaron
 - i. Nombres, permanencia y estudios del equipo profesional
- c. Ítems que se agregaron
 - i. Modalidad de Estudio
 - ii. Preguntas relacionadas al COVID-19

B. Encuesta al cuidador (50 minutos, siendo que anteriormente podía extenderse de 60 a 90 minutos)

- a. Ítems que se mantuvieron
 - i. Estrés
 - ii. Escala de Funcionamiento Residencial
 - iii. Child Behaviour Checklist
 - iv. Funciones ejecutivas
- b. Ítems que se descartaron
 - i. Caracterización del cuidador
 - ii. Uso del tiempo y rutinas
 - iii. Conocimiento sobre los antecedentes del niñas, niños, y adolescentes

- iv. Actividades recreativas de los adolescentes (CBCL)
- c. Ítems que se agregaron
 - i. Preguntas relacionadas al COVID-19
- C. Encuesta al niñas, niños, y adolescentes (20 minutos, siendo que anteriormente podía extenderse de 60 a 90 minutos)**
 - a. Ítems que se mantuvieron
 - i. Seguimiento: Con quien vive y vivió durante el último año
 - ii. Educación: asistencia y repitencia
 - iii. Actividad física (Kidscreen)
 - iv. Auto percepción (Kidscreen)
 - v. Uso de Tiempo libre (Kidscreen)
 - vi. Familia y vida en el hogar (Kidscreen)
 - vii. Uso de dinero (Kidscreen)
 - viii. Amigos (Kidscreen)
 - ix. Vinculación familiar (Kidscreen y Frecuencia de las Redes)
 - x. Relación con el cuidador
 - xi. Aspiraciones de con quien vivir en el futuro
 - xii. Tratamiento psicológico y fármacos
 - xiii. Consumo de sustancias
 - xiv. Depresión (Birleson)
 - xv. Habilidades para la vida adulta
 - b. Ítems que se descartaron
 - i. Educación: se descartaron aquellas preguntas relacionadas al entorno escolar, por estar en un contexto de estudiar vía online
 - ii. PWI: se decide dejar sólo la pregunta de bienestar general, por ser una escala extensa
 - iii. Escala de Estrés: por ser muy extensa
 - iv. Escala de Funcionamiento Residencial: se decide dejar sólo en la encuesta del cuidador
 - v. Sociograma: se decide sacar por haberse medido en la ola anterior
 - vi. Se acortaron preguntas relativas a: Transgresión a la norma, consumo de sustancias, frecuencia y calidad de redes,
 - c. Ítems que se agregaron
 - i. Preguntas relacionadas a COVID-19

9.2.2 Equipo de Trabajo

Debido a que las videollamadas contaban con la dificultad técnica y de adherencia, se procuró recontactar a encuestadoras que hayan trabajado anteriormente en el proyecto, y por tanto tengan conocimientos previos de los niñas, niños, y adolescentes, sus historias y contextos. También se consideró que los adolescentes podrían adherir más fácilmente a una encuesta realizada por alguien que ya conocieron anteriormente. Asimismo, se consideró necesario contar con un equipo más amplio de encuestadoras que tuvieran mayor flexibilidad horaria para poder ajustarse a las necesidades de los encuestados. Las encuestadoras que participaron durante el proceso del presente año son:

Javiera Fuentes (Encuestadora de 2018, 2019 y 2020). Psicóloga con mención clínica, de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente desarrolla una de sus prácticas en un Programa de intervención familiar en violencia intrafamiliar, y ha realizado pasantías clínicas en unidades de corta estadía para adultos. Además, posee experiencia en aplicación de test presentes en el cuestionario.

Beatriz Donoso (Encuestadora 2019 y 2020). Psicóloga con mención clínica, de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha atendido pacientes infanto-adolescentes en establecimientos de salud. Además, se ha desempeñado como ayudante de las cátedras Diagnóstico y Primera Entrevista, Taller de Integración IV, Psicopatología y Psiquiatría Adultos, Psicología del Desarrollo 1 y Ética.

Laura López (Encuestadora 2019 y 2020) Psicóloga con mención clínica, de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha realizado trabajo clínico con temáticas referente a evaluación de sensibilidad parental, competencias parentales en contexto madre e hijo, psicodiagnóstico infantil, infancia vulnerada, embarazo adolescente, estimulación temprana y psicoterapia con infancia judicializada. Además, se ha desempeñado como ayudante de las cátedras Estrategias de intervención en psicopatologías del vínculo y en Psicopatología Infanto-Juvenil.

Daniela Quiñones (Encuestadora 2018 y 2020) Psicóloga clínico-comunitaria de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, que se ha desempeñado como encuestadora en otros estudios con poblaciones de mediana y alta vulnerabilidad social. Además de tener experiencia como practicante en centros de tratamiento para la rehabilitación por consumo problemático de alcohol y/o drogas.

Javiera Muñoz (Encuestadora 2018 y 2020). Trabajadora Social de la Universidad Santo Tomás. Ha trabajado en el Programa de Estudios Sociales del Delito de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PESDUC), con poblaciones de altamente vulnerables, en específico, mujeres privadas de libertad, haciendo seguimiento durante un año. Además, realizó una de sus prácticas profesionales en la Oficina de Protección de Derechos de los niños, niñas y adolescentes de la comuna de La Florida.

Constanza Catalán (Encuestadora 2020). Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica. Realizó su práctica profesional en la residencia Maruri realizando la Evaluación de Procesos del presente estudio durante el 2018. Posteriormente realizó reemplazos en la residencia como técnica de noche y de día.

Paola Díaz (Encuestadora 2020). Psicóloga Clínica de la Universidad Arcis con Magíster de Psicología con mención en Psicología Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, Diplomado en Psicoanálisis y Género de la Universidad de Chile y Diplomado en Estrategias Jurídicas en Abuso Sexual Infantil de la Fundación para la Confianza. Trabajó en acompañamiento terapéutico de niñas, niños, y adolescentes institucionalizados y como psicóloga de la Fundación Chilena para la Adopción junto a las Familias de Acogida. Tallerista de Habilidades Parentales y de Prevención y Sensibilización del Abuso Sexual Infantil.