

REF.: APRUEBA BASE TÉCNICA DE RESIDENCIAS DE TIPO FAMILIAR POR CURSO DE VIDA, PROGRAMA DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENCIA, EJECUTADAS POR EQUIPOS DE COLABORADORES ACREDITADOS DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE LA LÍNEA DE ACCIÓN DE CUIDADO ALTERNATIVO Y DEJA SIN EFECTO RESOLUCIÓN SEGÚN SE INDICA.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 01499/2025

SANTIAGO, lunes, 22 de diciembre de 2025

VISTO:

Lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de bases generales de la administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica; la ley N°20.032, que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados; en la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia; en el decreto supremo N°7, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, que aprueba reglamento de la ley N°20.032, que regula los programas de protección especializada que se desarrollarán en cada línea de acción, los modelos de intervención respectivos, todas las normas necesarias para la aplicación de los artículos 3, 25, 28, 29, 30 de la referida ley y otras materias que indica; en el decreto exento N° 06, de 2024, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, que nombra al suscrito como Director Nacional del Servicio de Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en el decreto supremo N°5, de 2021, que aprobó el reglamento que fija estándares para los programas del Servicio, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez; en la resolución exenta N° 1147, de 2025, de la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en la resolución N°36, de 2024, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, modificada y complementada por la resolución N°8, de 2025, ambas de la Contraloría General de la República; y,

CONSIDERANDO:

1°. Que, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, cuyo objeto es garantizar la protección especializada de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Lo anterior, se realiza asegurando la provisión y ejecución de programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad.

2°. Que, será responsabilidad del Servicio asegurar el desarrollo de las líneas de acción y la disponibilidad de los programas diversificados y de calidad que deberán satisfacer las diferentes necesidades de intervención de cada niño, niña y adolescente, tales como el diagnóstico clínico especializado y seguimiento de su situación vital y condiciones de su entorno, el fortalecimiento familiar, la restitución del ejercicio de los derechos vulnerados y la reparación de las consecuencias provocadas por dichas vulneraciones, junto con la preparación para la vida independiente, según corresponda. La oferta de programas deberá proveerse a requerimiento del órgano administrativo o judicial competente de manera oportuna y suficiente, resguardando la dignidad humana de todo niño, niña y adolescente, y se prestará de modo sistémico e integral, considerando el contexto de su entorno familiar y comunitario, cualquiera que sea el tipo de familia en que se desenvuelva.

3°. Que, el artículo 18 de la ley N°21.302, establece que el Servicio desarrollará su objeto a través de las líneas de acción que indica, entre ellas, la de cuidado alternativo, la cual, conforme lo señala el artículo 24 de la citada ley, *"corresponde al conjunto de modalidades alternativas de cuidado puesta a disposición de niños, niñas y adolescentes que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza, ejecutadas por cuidadores especialmente entrenados para proteger, reparar y restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y en situación de alta vulnerabilidad emocional y afectiva. La línea incluye acogimiento en familia extensa, en familias de adultos de confianza, en familias de acogida externas acreditadas y*

acogimiento residencial de diferentes tipos”.

4°. Que, el artículo 17 del decreto supremo N° 7, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, establece que los programas de acogimiento residencial de diferentes tipos son *“Modalidades de intervención de cuidado alternativo destinados a niños, niñas y adolescentes separados temporalmente de su medio familiar por resolución judicial, los cuales se ejecutan en centros de acogida institucional que tienen por finalidad proteger y prevenir nuevas vulneraciones de derechos, para lo cual desarrollan procesos de intervención con éstos, sus familias y las redes intersectoriales y comunitarias”*.

5°. Que, es función del Servicio, conforme al artículo 6° literal e) de la ley N°21.302, *“Elaborar la normativa técnica y administrativa respecto de cada programa de protección especializada, la que deberá ajustarse a los principios y estándares del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; a los contenidos en la ley N° 20.032, en especial, a los contemplados en su artículo 2° y en las letras a), b) y c) de su artículo 25, y a las estimaciones periódicas de la demanda de oferta programática en cada territorio. Dicha normativa regirá respecto de todos los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados”*.

6°. Que, esta autoridad se encuentra facultada acorde con lo dispuesto en el artículo 7° letra d) de la citada ley N°21.302, para dictar las resoluciones e instrucciones, tanto generales como específicas, necesarias para el cumplimiento de los objetivos y el buen funcionamiento del Servicio y de los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados.

7°. Que, en el marco de la línea de cuidado alternativo, específicamente las residencias ejecutadas por equipos de colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, se ha diseñado la Base Técnica para las residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia, el cual se orienta a adolescentes de 14 a 17 años 11 meses, ingresados/as por encontrarse en situación de desprotección avanzada en la que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza. Para el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es una etapa del desarrollo que merece especial interés, ya que ofrece la oportunidad de contrarrestar daños de experiencias pasadas y generar resiliencia para enfrentar desafíos futuros (ONU, 2016).

8°. Que, esta Base Técnica se enmarca en los programas estipulados en la ley N°21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y se inserta en el nuevo sistema de garantías para los niños, niñas y adolescentes del país, a partir de la ley N°21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, por lo tanto, la implementación de este programa en los territorios requiere la coordinación con el intersector, especialmente justicia, salud y educación.

9°. Que, el artículo 23 de la ley N°21.302 plantea que los programas de la línea de acción de cuidado alternativo se ejecutan de manera complementaria con uno o dos programas de la línea de acción de fortalecimiento y vinculación que, para efectos del presente programa, recae en el programa de fortalecimiento y revinculación familiar, cuyo objetivo *“es la formación de la familia de origen y/o extensa, según corresponda, en habilidades parentales y crianza para, de este modo, lograr la reunificación, en primer lugar y, en caso de no ser posible, la mantención de vínculos y la definición de otra alternativa de cuidado familiar permanente a través de la adopción”*.

10°. Que, el Departamento de Diseño y Evaluación de la División de Servicios y Prestaciones, es el encargado de efectuar el diseño técnico y metodológico de los programas de protección especializada, y de coordinar los procesos de evaluación de resultado e impacto de éstos, velando por la coherencia y complementariedad de las intervenciones y la adecuada implementación de los modelos de atención. Dentro del citado Departamento, se encuentra la Unidad de Diseño, la cual elaboró, en el marco de sus competencias, el documento técnico que se aprueba en el presente acto administrativo, en cual fue construido en base a la evidencia técnica nacional e internacional disponible, y la consideración del paradigma del trauma complejo, asegurando un enfoque integral, actualizado y pertinente para la intervención especializada con niños, niñas y adolescentes sujetos de protección.

11° Que, mediante la resolución exenta N° 1147, de 2025, de la Dirección Nacional de esta repartición, se aprobó la Base Técnica para las residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia.

12°. Que, es necesario efectuar modificaciones al documento anteriormente individualizado en relación al Recurso Humano.

13°. Que, en atención a lo antes expuesto, resulta procedente aprobar mediante el presente acto administrativo el nuevo texto de la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de cuidado alternativo.

RESUELVO:

1. **APRUEBASE** la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia, ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, de la línea Cuidado Alternativo, cuyo texto íntegro y fiel es el siguiente:

BASE TÉCNICA
RESIDENCIA DE TIPO FAMILIAR POR CURSO DE VIDA
PROGRAMA DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENCIA

TABLA DE CONTENIDO

LINEA DE ACCIÓN CUIDADO ALTERNATIVO

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. Marco Normativo.
- III. ELEMENTOS QUE CONSIDERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO INTEGRADO.
- IV. MARCO CONCEPTUAL.
 - 4.1 Violencia, maltrato y sus consecuencias en el desarrollo.
 - 4.2 Adolescencia y su comprensión desde el enfoque de curso de vida.
 - 4.3 Cuidado residencial terapéutico con adolescentes.
- V. PARTICIPANTES DE LA RESIDENCIA.
- VI. RUTA DE INGRESO.
- VII. ÁMBITOS DE ACCIÓN.
 - 7.1 OBJETIVOS.
 - 7.2 COMPONENTES.
 - 7.2.1 RESIDENCIALIDAD TERAPÉUTICA.
 - 7.2.2 ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO A EL/LA ADOLESCENTE.
 - 7.2.3 GESTIÓN Y ARTICULACIÓN DE SOPORTES INTERSECTORIALES Y COMUNITARIOS.
 - 7.3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN.
 - 7.3.1 INGRESO Y ACOGIDA.
 - 7.3.2 AJUSTE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII-U).
 - 7.3.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL UNIFICADO.
 - 7.3.4 SOSTENIBILIDAD DE LOS CAMBIOS.
 - 7.3.5 EGRESO.
 - 7.4. MATRIZ LÓGICA.
- VIII. RECURSOS.
 - 8.1 GESTIÓN DE PERSONAS.
 - 8.2 INFRAESTRUCTURA.
- IX. SISTEMA DE REGISTRO.
- X. REFERENCIAS.
- XI. ANEXOS.

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la Base Técnica del **Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, el cual se orienta a adolescentes de 14 a 17 años 11 meses, ingresados/as por encontrarse en situación de desprotección avanzada en la que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes** de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza. Para el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es una etapa del desarrollo que merece especial interés, ya que ofrece la oportunidad de contrarrestar daños de experiencias pasadas y generar resiliencia para enfrentar desafíos futuros (ONU, 2016).

Según lo establecido en el Art. 18 de la ley N°21.302, este Programa corresponde a la Línea de Acción Cuidado Alternativo y constituye una medida de protección excepcional, transitoria, periódicamente revisable y de competencia exclusiva de la autoridad judicial (Art. 24). Los programas de cuidado alternativo se ejecutan en conjunto con uno o dos programas de la Línea de acción Fortalecimiento y Vinculación, en este caso, con el

Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar y el Programa Preparación para la Vida Independiente, lo cual se realiza a través de un **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**.

En este nuevo contexto legal, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia tiene el deber de entregar prestaciones a niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, a través del diagnóstico especializado, la restitución de derechos, la reparación del daño ocasionado y la prevención de la ocurrencia de nuevas vulneraciones.

Cabe señalar que el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia es parte del Sistema de Garantías establecido en la Ley N° 21.430 de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, por lo tanto, el Modelo Residencial Terapéutico Integrado debe ejecutarse en coordinación con los sectores que entregan prestaciones complementarias a los/las adolescentes y sus familias en los territorios.

La ejecución conjunta de los Programas de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, el de Fortalecimiento y Revinculación Familiar y el de Vida Independiente a través del Modelo Residencial Terapéutico Integrado considera el **Enfoque y la Práctica Informada en Trauma**, a fin de responder a las características y necesidades de los/las adolescentes que han debido ser separados temporalmente de su contexto familiar y comunitario.

Dicho lo anterior, el Enfoque Informado del Trauma promueve la comprensión integral a las respuestas del impacto del trauma, **enfaticando la seguridad física, emocional y psicológica tanto de los/las afectados/las como de los equipos residenciales** (Vitriol et al., 2020). En este enfoque es central el trabajo del equipo, en especial el rol del/la cuidador/a terapéutico/a, quien es el/la adulto/a que proporciona asistencia al/la adolescente en las actividades de la vida diaria, además de experiencias para avanzar en su desarrollo, creando oportunidades para que adquiera autonomía y se relacione con otros/as niños, niñas o adolescentes y adultos/as^[1].

El Modelo, en su conjunto, acompaña a adolescentes y familias durante el acogimiento residencial transitorio y realiza un trabajo con la familia de origen^[2] orientado a la reunificación como prioridad, y, en caso de no ser posible, la mantención de vínculos y la definición de otra alternativa de cuidado familiar permanente, ya sea en una familia de acogida o en una familia adoptiva. Cuando esto último tampoco es posible, se trabaja la preparación hacia la vida independiente con los apoyos sociales, intersectoriales y otros requeridos para ello. Adicionalmente, se acompaña a los/las adolescentes en el desarrollo de habilidades conducentes a la autonomía y asumir tareas propias de la vida adulta. Esto, de acuerdo con la ley N°21.302, que en su artículo 24 señala que la “línea de acción de cuidado alternativo incluye el desarrollo de un trabajo permanente de fortalecimiento familiar y revinculación del niño, niña o adolescente con su familia y el desarrollo de un programa de preparación para la vida independiente, según corresponda a la situación y edad del sujeto acogido, obligaciones que todo programa de cuidado alternativo debe cumplir” (BCN, 2021, p. 20).

En cuanto al circuito de ingreso al Modelo Residencial Terapéutico Integrado, hay que indicar que la puerta de ingreso de los/las adolescentes y sus familias es el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, pero en los programas de la línea de acción de cuidado alternativo, la autoridad judicial puede ordenar como medida de protección urgente el ingreso inmediato a estas modalidades. En dichos casos, el referido Programa de Diagnóstico realizará la evaluación y elaboración del Plan de Intervención Individual durante su permanencia en el cuidado alternativo, coordinadamente para evitar la sobre intervención y en los plazos estipulados.

Las presentes Bases Técnicas plantean una evolución del modelo de Residencias Familiares, la cual se fundamenta en las nuevas visiones en materia de acogimiento residencial a nivel internacional, en las experiencias de los equipos técnicos y profesionales del Servicio, y en las opiniones de niños, niñas y adolescentes respecto de la atención que reciben en los programas del Servicio^[3].

En el siguiente apartado se presenta el marco normativo de la Protección Integral de Derechos y su relación con la Protección Especializada, señalando las acciones y los actores involucrados en el funcionamiento de esta oferta.

En segundo lugar, se presenta el marco conceptual del Programa, desarrollando los conceptos relevantes para la comprensión y ejecución de la modalidad, siendo éstos: Adolescencia desde un enfoque de curso de vida; Violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los/las adolescentes y Cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la adolescencia.

Luego, se exponen los/as participantes del Modelo y la ruta de ingreso a éste, a lo que sigue el desarrollo del diseño metodológico del Programa, a través de los siguientes ámbitos de acción: objetivos, estrategia de operación, componentes, etapas y matriz lógica, esta última incluye los indicadores para la medición de sus resultados. Además, el diseño y ejecución de los proyectos debe considerar el documento “Enfoques transversales”, el cual incluye los enfoques de: derechos humanos, derechos de la niñez y adolescencia, interculturalidad, inclusión, género, participación, curso de vida, territorial e intersectorialidad y trabajo en redes.

A continuación, se exhiben los recursos que se requieren para la ejecución del Programa, que incorpora gestión de personas e infraestructura. Luego, se enfatiza la necesidad de registrar la información en la plataforma informática del Servicio y se integran las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de todo el documento, así como los anexos.

La presente Base Técnica está dirigida especialmente a los equipos de Colaboradores Acreditados, quienes ejecutarán el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, como también a la sociedad civil y organismos que velan por el bienestar de niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección.

II. MARCO NORMATIVO

El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (en adelante el Servicio), es el organismo encargado de la protección especializada que, de acuerdo con el artículo 2 de la Ley N°21.302, tiene el deber de entregar prestaciones a niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus

derechos, a través del diagnóstico especializado; la restitución de derechos; la reparación del daño ocasionado y la prevención de la ocurrencia de nuevas vulneraciones.

Por otra parte, el artículo 1 de la Ley N° 21.430, establece que su objeto es la garantía y protección integral, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes. Este cuerpo legal establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a un nivel de vida y entorno adecuado que les permita su mayor realización física, mental, espiritual, moral, social y cultural posible (artículo 25) y, en caso de aquellos/as gravemente amenazados o vulnerados, el artículo 51 reconoce su derecho a la Protección especial o reforzada, constituyéndolos en sujetos preferenciales de las políticas públicas.

Cabe mencionar que, tal como lo estipula la referida ley, el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia está compuesto por un conjunto de políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, siendo parte de éstas los Tribunales de Justicia, el Congreso Nacional, los órganos de administración del Estado, la Defensoría de los Derechos de la Niñez y las instituciones señaladas en el título 4 de la ley de Garantías^[4], entre las cuales se encuentra el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Dentro de la Protección Integral de Derechos, el artículo 57 de la referida ley distingue tres ámbitos de acción, estos son: la promoción y defensa de derechos -que busca fomentar las condiciones para el pleno ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes-; el seguimiento y acompañamiento -que presta apoyo, protección y acompañamiento para lograr su desarrollo integral y equitativo (ambos ámbitos preventivos)- y, la protección de derechos -que alude a las acciones para preservar o restituir el ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes en situaciones de amenaza o vulneraciones, que pueden ser ocasionadas por acción u omisión del Estado, la sociedad, las familias, cuidadores o por sí mismos/as-. El objetivo de los ámbitos preventivos es impedir las vulneraciones y, en caso de la protección de derechos, actuar cuando éstas han ocurrido, reparar las consecuencias y evitar una nueva ocurrencia.

En el marco de la protección de derechos se encuentra la protección especial, destinada a niños, niñas y adolescentes que necesitan servicios y prestaciones diferenciadas y especializadas, incorporando acciones de reparación psicosocial y restitución de derechos, cuando estos se ven amenazados o vulnerados (art 57.3), labor a cargo del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Se entiende por reparación las actividades que contribuyen a superar el daño causado por la vulneración a un determinado niño, niña o adolescente, en los ámbitos físico, psicológico, social y material (Ley N° 21.302).

Por otra parte, respecto de las medidas de protección, la Ley de Garantías establece que éstas pueden ser gestionadas administrativa o judicialmente, siendo las Oficinas Locales de la Niñez, en adelante OLN, las encargadas de la protección administrativa, tanto en el ámbito de la protección universal como especializada, y los Tribunales de Familia, o con competencia en esta materia, los encargados de la protección judicial. Asimismo, señala que las medidas establecidas en la protección judicial no son excluyentes de las administrativas, pudiendo coexistir.

De acuerdo con el procedimiento antes señalado, la solicitud de ingreso a los programas del Servicio Nacional de Protección Especializada puede ser realizada por la OLN o el Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, según corresponda a una medida de protección administrativa o judicial. No obstante, para los **Programas de Cuidado Alternativo, y específicamente el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, esta medida siempre es judicial** (artículos 24 de la ley N°21.302 y 68 de la ley N°21.430).

En términos generales, las instancias derivantes (OLN^[5] y Tribunal con competencia en Familia), deben **solicitar la asignación de cupos** en los programas de protección especializada de acuerdo a lo establecido en el artículo 8, letra t de la ley N°21.302, el cual establece que es el Director/a Regional del Servicio de Protección Especializada el/la encargado/a de esta función que permite el ingreso de niños, niñas y adolescentes a la oferta de programas de sus cinco líneas de acción, mecanismo que se encuentra operacionalizado en el Decreto Supremo N° 12 del 2021 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia⁷.

En lo referente al cuidado alternativo, la Ley N°21.302 establece que el Servicio debe proveer oferta programática toda vez que, por una amenaza grave o inminente se encuentre en riesgo la vida o integridad del niño, niña o adolescente y esto responda a una medida decretada por el tribunal competente. Asimismo, que las prestaciones de cuidado alternativo **deben ser ejecutadas por cuidadores especialmente entrenados para proteger, reparar y restituir los derechos de niño, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y en situación de alta vulnerabilidad emocional y afectiva**. Además, de plantear que, en caso de separación familiar, el Servicio orientará siempre su acción a la revinculación del niño, niña o adolescente con su familia, sea ésta nuclear o extensa, salvo que no proceda según resuelvan los tribunales de familia, caso en el cual se iniciará el procedimiento de adoptabilidad conforme a la normativa vigente.

Mientras los/las adolescentes permanezcan en cuidado residencial, es el/la Director/a de la Residencia quien asumirá el cuidado personal, la educación, la cultura y recreación, respetando las limitaciones que la ley o la autoridad judicial impongan a sus facultades, en favor de los derechos y de la autonomía, así como de las facultades de sus padres o de las demás personas con derecho a la ley, hasta el egreso de la modalidad (artículo 24).

Cabe destacar que, tanto la Ley de Garantías como la que crea el Servicio de Protección Especializada plantean que los programas especializados en protección, entre los que se incluye el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, serán complementados con las prestaciones que brindan otros servicios públicos a los niños, niñas, adolescentes y sus familias que participan en los programas del Servicio, en materias de salud, educación, protección social, vivienda, igualdad de género, deporte, cultura, turismo y recreación, entre otras.

Finalmente, la Ley N° 21.302 plantea que los programas de la Línea de acción de Cuidado Alternativo se ejecutan de manera complementaria con uno o dos programas de la Línea de acción de Fortalecimiento y Vinculación que, **para efectos del presente Programa, recae en el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar**, cuyo objetivo según la ley es la formación de la familia de origen y/o extensa, según corresponda, en el fortalecimiento de sus habilidades parentales y crianza para, de este modo, lograr la reunificación, en primer lugar, y en caso de no ser posible, la mantención de vínculos y la definición de otra alternativa de cuidado familiar permanente a través de la adopción (artículo 23, 1) **y, en el Programa de Preparación para la Vida Independiente**, enfocados en la preparación y acompañamiento para la vida independiente. Los 3 programas se articulan en un el Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

III. ELEMENTOS QUE CONSIDERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO INTEGRADO

En primer lugar, es preciso señalar que a la luz del cuerpo legal que enmarca el quehacer del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, está el imperativo de diseñar una oferta proteccional consistente con las líneas de acción y programas establecidos en este, la cual debe estar basada en evidencia y/o estudios actualizados.

En el sentido antes señalado, el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado marca un cambio en la forma de definir las situaciones de protección y desprotección que afectan a niños, niñas y adolescentes, incluyendo en este concepto las dimensiones: características de la situación de vulneración, situación del niño, niña o adolescente; capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores y características contextuales o del entorno, asumiendo una visión ecosistémica para la evaluación de ingreso de los niños, niñas y sus familias a los programas de protección especializada.

Como se ha señalado, el ingreso de un/a adolescente al **Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia** automáticamente genera su ingreso al Programa Fortalecimiento y Revinculación Familiar y al Programa de Preparación de Vida Independiente. Estos programas, en su conjunto, conforman el **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**. Este considera a los mismos/as participantes de la intervención (adolescentes y su familia de origen), junto a los/las profesionales de los programas que operan como el **Equipo Asignado**, el cual se operacionaliza en un espacio físico común y cuyas acciones -desde la especificidad de cada integrante- aportan al cumplimiento de los objetivos del Modelo.

Es así como, el Equipo Asignado está compuesto por un/a Psicólogo/a o Trabajador/a Social y Cuidadores Terapéuticos del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, un/a Trabajador/a Social o Psicólogo/a del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar y un/a Terapeuta Ocupacional del Programa de Preparación para la Vida Independiente.

El equipo asignado es definido, liderado y articulado por la figura del Director/a (que es compartido tanto por el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar y el Programa de Preparación para la Vida Independiente), quien debe asegurar la armonía y complementariedad del quehacer de dichos Programas, orientado hacia un fin común: restituir el derecho de adolescentes a vivir en una familia estable y protectora. La ejecución de los tres programas debe ser realizada por el mismo Colaborador Acreditado.

A continuación, se presenta de manera gráfica el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, que incorpora a los/as profesionales y técnicos que conforman el equipo asignado para el/la adolescente y su familia:



Los colaboradores acreditados podrán considerar la contratación de otros profesionales o técnicos que les permita mejorar la ejecución del programa, siempre y cuando dicho financiamiento no afecte el modelo de intervención y los cargos definidos en cuadro anterior.

El proceso de intervención que realiza el equipo integrado se fundamenta y ejecuta en base al Plan de Intervención Unificado (PII-U), elaborado conjuntamente entre los/as profesionales y técnicos implicados, el/la adolescente y su familia. Al respecto, es crucial comprender que los/as integrantes del equipo que trabajan con cada adolescente y su familia desarrollan distintos roles y acciones, lo cual no implica jerarquías entre ellos/as, sino que, por el contrario, las relaciones entre los interventores/as se basan en la coordinación y colaboración para alcanzar los objetivos establecidos en el PII-U, siendo responsabilidad del/la Director/a crear un clima laboral y ejercer un liderazgo que permita asegurarlo.

Supervisor reflexivo: que es parte del equipo integrado, se entenderá por este rol a él o la profesional que

acompaña al equipo integrado en la reflexión de su práctica terapéutica residencial. La supervisión reflexiva es una estrategia que se centra en la reflexión sobre las experiencias, sentimientos, y pensamientos relacionados con el trabajo. Se caracteriza por la escucha activa, la formulación de preguntas reflexivas, y la creación de un ambiente seguro y de apoyo. Este proceso es transversal al interior de la residencia.

Finalmente, y con el fin de facilitar la comprensión de la nueva terminología del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado para Adolescencia, a continuación, se presentan las siguientes definiciones:

Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado (o modelo integrado): Modelo compuesto por el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, más los programas complementarios definidos para esta modalidad, a saber: Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, y Programa de Preparación para la Vida Independiente. Los tres programas actúan de manera coordinada y sinérgica para el cumplimiento de los objetivos del plan de intervención de el/la adolescente y su familia.

Equipo Integrado: Equipo compuesto por todos los profesionales y técnicos que forman parte de los tres programas que conforman el modelo. Parte de este equipo es el o la supervisor/a reflexivo/a el que se entenderá por este rol al o la profesional que acompaña al equipo integrado en la reflexión de su práctica terapéutica residencial. La supervisión reflexiva es una estrategia que se centra en la reflexión sobre las experiencias, sentimientos, y pensamientos relacionados con el trabajo. Se caracteriza por la escucha activa, la formulación de preguntas reflexivas, y la creación de un ambiente seguro y de apoyo. Este proceso es transversal al interior de la residencia.

Equipo Asignado: Equipo compuesto por los profesionales de los tres programas que conforman el Modelo Integrado, a saber: Psicólogo/a o Trabajador/a Social y Cuidador/a Terapéutico de la residencia + Psicólogo/a o Trabajador/a Social de Fortalecimiento y Revinculación + Terapeuta Ocupacional de Preparación para la Vida Independiente, los cuales son definidos por el/la Director/a de la residencia para el acompañamiento a un/a adolescente y su familia. Todos ellos trabajan en el ajuste y ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) con el/la adolescente y su familia de manera coordinada y colaborativa. Cabe señalar, que el/la profesional Psicólogo/a o Trabajador Social del programa de acogimiento residencial complementa su labor con el /la Psicólogo/a o Trabajador Social del programa de Fortalecimiento y Revinculación, siendo necesario que sea de la profesión complementaria para resguardar la mirada psicosocial.

Plan de Intervención Individual (PII): Es el instrumento Técnico diseñado por los/las profesionales del Programa Diagnóstico Clínico Especializado al finalizar la evaluación. Se estructura en 3 ámbitos de intervención: individual, familiar y comunitario.

Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U): Es el instrumento técnico ajustado por los profesionales del equipo del Modelo Integrado a partir del PII que elaboraron los profesionales del Programa Diagnóstico Clínico Especializado, mediante el cual se realiza una evaluación de la ejecución de acciones y cumplimiento de objetivos del proceso de intervención con el/la adolescente y su familia, visualizando los avances e indicadores de logro. El PII-U se evalúa periódicamente.

IV. MARCO CONCEPTUAL

En el presente apartado se expone el marco teórico conceptual que permite comprender el modelo técnico a la base del Programa de Acogimiento Residencial para Adolescencia, el que se basa tanto en el marco normativo de la Convención Sobre los Derechos del Niño, como en la literatura especializada y estudios actualizados en materias de acogimiento residencial con adolescentes realizados en el contexto nacional e internacional.

En primer lugar, se presentan las definiciones conceptuales más relevantes en torno a la violencia y sus consecuencias en el desarrollo, las cuales serán relevantes para comprender sus características y fenomenología de ésta, junto con las consecuencias que atañen a los/las adolescentes que participan del Programa. Luego se presenta una caracterización conceptual de la adolescencia como una etapa dentro del ciclo vital comprendida desde un enfoque de curso de vida, el cual aporta a observar las diferencias individuales existentes marcadas por las trayectorias, transiciones y puntos de quiebre en sus historias de vida. Finalmente, se presentan los conceptos teóricos que sustentan el cuidado residencial terapéutico para adolescentes, siendo la base del acompañamiento residencial terapéutico que realiza el Programa.

4.1 VIOLENCIA, MALTRATO Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO

Teniendo como marco el objetivo del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, las observaciones generales del Comité de Derechos del Niño y los antecedentes que aportaron los diversos estudios que se han realizado en esta materia, se presentan los elementos centrales que configuran los conceptos de violencia, maltrato y el impacto de estos en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes de manera general, relevando las consecuencias que atañen a los/las adolescentes, principalmente.

Ante la alarmante magnitud e intensidad de la violencia ejercida hacia niños, niñas y adolescentes a nivel mundial, el Comité de Derechos del Niño, órgano dependiente de la Organización de Naciones Unidas, elaboró la Observación General N°13[6], referida al “Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia”. Dicha observación busca reforzar lo planteado por el artículo 19 de la Convención, mediante el fortalecimiento de medidas integrales que deben adoptar los Estados parte para eliminar las prácticas violentas y garantizar la supervivencia, dignidad, bienestar, salud y desarrollo de los niños/as y adolescentes (ONU, 2011).

La misma Observación General N°13 conceptualiza la violencia como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (ONU, 2011, p. 4), según lo señalado en el artículo 19 de la Convención. El concepto de violencia utilizado en esta observación considera todas las formas de daño, ampliando lo señalado previamente por la Observación General N°8 (ONU, 2006) respecto de los castigos corporales o físicos y otras formas de tratos crueles y degradantes. Además, plantea que la

violencia puede ser perpetrada por adultos, otros niños/as o autoinflingida.

El Comité de Derechos del Niño reconoce como formas de violencia o maltrato[7] el descuido o trato negligente, la violencia mental o maltrato psicológico, la violencia física, el abuso y la explotación sexual, la tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes, la violencia entre niños, las autolesiones, las prácticas culturales perjudiciales (tales como mutilación femenina, ritos iniciáticos, matrimonio forzado), la violencia en los medios de comunicación, a través de tecnologías de la información y las comunicaciones, y violaciones de los derechos del niño en las instituciones y en el sistema (ONU, 2011).

Existe consenso en la literatura especializada de que es importante comprender el fenómeno de la violencia desde el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979, 1987; Belsky, 1980, 1993), desde el cual se destaca su naturaleza multicausal y multifacética. El modelo enfatiza que la violencia es producida por una combinación de factores que actúan en los diferentes niveles ecosistémicos -macrosistema, exosistema, mesosistema, microsistema y ontosistema- influyendo en las probabilidades de ocurrencia y en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes (Pinheiro, 2006). A su vez, los diferentes factores de cada nivel también se van a ver afectados por el contexto de los entornos en los que los/as niños/as interactúan: familia, escuela, instituciones, lugares de trabajo, comunidad y la sociedad en general (Pinheiro, 2006). Desde una perspectiva ecosistémica, se plantean que hay factores de riesgo y protección presentes en todos los niveles y que interactúan en cadenas causales. Desde este modelo, se entiende que los factores de riesgo distales, como los factores del nivel macro (condiciones de desigualdad, la inequidad, los desplazamientos forzados y las crisis sociales y sanitarias) tienen un efecto sobre los factores de riesgo mediales presentes en los niveles exo y mesosistémicos y proximales patentes, en los contextos microsociales donde los niños desarrollan su cotidianidad (Morelato, 2011), lo que, de no ser compensado por los factores de protección, puede tener como desenlace una expresión de violencia hacia los niños/as y adolescentes. Un ejemplo de lo anterior lo podemos visualizar en cómo la reciente pandemia de COVID 19 incrementó la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe (UNICEF, 2021a; OMS, 2020).

Tanto la situación de desigualdad de poder por edad, que se encuentra instalada en sociedades adultocéntricas y que favorecen relaciones de dominación desde el mundo adulto al mundo infante juvenil, como el conjunto de conductas adultistas que promueven y sostienen esta desigualdad (Duarte, 2012), propician la desvaloración, discriminación, control y múltiples formas de violencia desde las personas adultas hacia los niños, niñas y adolescentes en los distintos contextos en los cuales se desarrollan.

Entendiendo que la violencia es un fenómeno de carácter relacional, cuyo análisis debe considerar a los sujetos implicados en la interacción; las formas a través de las cuales se manifiesta; el contexto donde se desarrolla y los efectos que provoca (Martínez, 2016) se debe precisar que, se entenderá por **maltrato infantil**, a aquel tipo de violencia por acción u omisión, ocasional o habitual, -que se da en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder-; que se expresa como malos tratos físicos, emocionales, abuso sexual, negligencia, abandono o explotación de cualquier tipo que ejerce un individuo, las instituciones o la sociedad en su conjunto, respecto de un niño/a y que lo/la afecta física, psicológica y/o sexualmente, de manera real o potencial y que produce o puede producir un perjuicio en su dignidad, salud o desarrollo integral (UNICEF, 2017; OMS, 2022).

Asociada a las nociones de violencia y maltrato infantil, se debe entender la **victimización infante juvenil** como el daño o perjuicio que ocasiona a un niño, niña o adolescente el comportamiento de otros individuos que transgreden las normas sociales (Finkelhor et al., 2007b). Así, la victimización hace referencia a los efectos de un conjunto de violencias de tipo interpersonal, más amplias que el maltrato infantil (Pereda et al., 2011), pudiendo incluir acciones delictuales comunes, acoso escolar, amenazas e intimidación, entre otras (Finkelhor et al., 2007a). Pereda y Tamarit (2013) enfatizan que la victimización produce consecuencias físicas y/o psicológicas a corto y/o largo plazo, reales y/o potenciales, que reducen el bienestar de la víctima menor de 18 años e interfieren en su óptimo desarrollo.

Otra situación que debe tenerse presente es que, si bien la violencia hacia niños, niñas y adolescentes es ejercida por distintos actores, la mayoría de los actos de violencia hacia ellos/as se produce en el ámbito familiar, por lo que es preciso adoptar medidas de intervención y apoyo en dichos casos, considerando la importancia del entorno familiar para su desarrollo (ONU, 2011).

Enfrentar la violencia contra los niños, niñas y adolescentes es más difícil en el contexto de la familia, dado que existe cierta renuencia a intervenir en lo que todavía se percibe en la mayoría de las sociedades como un ámbito "privado" (Pinheiro, 2006).

Durante el año 2021, UNICEF realizó un estudio cuya metodología utilizó como técnica de levantamiento de información entrevistas y encuestas dirigidas a cuidadores/as, para explorar sus conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto de la violencia contra la niñez y adolescencia en Chile. En sus resultados se establece que el 53% de los/las cuidadores/as reportaron exclusivamente prácticas disciplinarias positivas o no violentas como estrategias educativas efectivas, versus el 47% de éstos que consideran, al menos, una práctica violenta como estrategia efectiva. En complemento a lo anterior, cabe agregar que los/as cuidadores/as que recibieron maltrato en su infancia y validan estas prácticas, las consideran efectivas en mayor proporción (61,5%) respecto de quienes vivieron maltrato, pero no lo validan (43,7%), y quienes no fueron maltratados en su infancia (44,4%). Respecto a las/los adolescentes se reporta que, si bien disminuye significativamente la exposición a violencia física en esta etapa, aumenta la prevalencia de violencia psicológica (UNICEF; Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Justicia y Sociedad [CJS] y Dirección de Estudios Sociales [DESUC], 2021). Con respecto a la violencia psicológica, según la última Encuesta Nacional de Juventudes (Instituto Nacional de la Juventud, 2022) se registran máximos históricos. Del total de adolescentes que han vivido este tipo de violencia, un 17,8% lo ha sido en una situación de conflicto familiar, siendo las más afectadas mujeres (47,7%, versus el 36,9% de los hombres), y en zonas urbanas (43,6%) por sobre las rurales (26,8%), (Instituto Nacional de la Juventud, 2022).

Por su parte, la Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2018), utiliza la definición de Finkelhor et al. (2011), quien define este fenómeno como la experiencia de múltiples formas de victimización o violencia interpersonal a lo largo de la niñez y la adolescencia,

dando paso a experiencias disruptivas y/o maltratos multifocales que impactan y generan daño en el desarrollo del niño, niña o joven. Lo planteado por esta definición instala una nueva forma de mirar las victimizaciones múltiples, incorporando la perspectiva del análisis de las trayectorias, en el que las victimizaciones específicas tendrían un efecto acumulativo e interactivo. El estudio considera un indicador de **prevalencia vida de polivictimización** (definido por el 10% de la población) y un indicador de **prevalencia año** (8% de la población). En el caso de Chile para el primer indicador se considera como polivictimizado un niño, niña o adolescente que ha sufrido 14 victimizaciones o más durante su vida. En cuanto al indicador correspondiente a la prevalencia año, se estima que un niño o niña ha sido polivictimizado si durante el último año sufrido 9 o más victimizaciones (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2018). El mismo estudio señaló que un 52% de los niños/as y adolescentes encuestados/as había experimentado al menos una exposición a maltrato por parte de cuidadores en su vida y un 35% durante el último año (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2018). También reportó que algunos tipos de victimización muestran un incremento de sus prevalencias en ciertas edades: la violencia en la comunidad y las de orden sexual tienen mayor prevalencia en edades mayores, y la violencia de pares y las agresiones físicas en edades previas a la adolescencia. Por otra parte, los tipos de violencia relacionadas con el maltrato por parte de cuidadores o exposición a violencia en la familia tienden a mantenerse a lo largo del ciclo vital. En cuanto a las diferencias por género, los hallazgos dan cuenta de que las mujeres tienen mayores probabilidades de ser víctimas en todos los tipos de victimización. Lo mismo se constata para niños, niñas y adolescentes que se auto-identifican con algún pueblo originario, quienes tienen alguna discapacidad física o viven sin sus padres (Consejo Nacional de Infancia, 2018). Finalmente, respecto a los tipos de victimización más prevalentes a medida que aumenta la edad, destacan las indirectas y las sexuales. En relación con este último tipo de violencia (sexual), la prevalencia año es de 14% en aquellos de 14 y 15 años, aumentando a un 24% en los adolescentes de 16 años y más. Por otra parte, el 68% de los adolescentes de 14 y 15 años y el 74% de los adolescentes de 16 años o más han sufrido al menos una victimización por exposición a la violencia en la comunidad, las cuales pueden incluir balaceras, consumo de drogas o alcohol, discriminación y ataque físico sin objetos.

Los resultados del estudio de polivictimización recién referidos son consistentes y complementados con los datos aportados por el informe Análisis de la Situación de la Niñez y Adolescencia (SITAN, por sus siglas en inglés) en Chile, desarrollado por UNICEF (2022). En este informe se da cuenta del análisis integrado de las cifras y estadísticas oficiales aportadas por distintas instituciones y servicios, la evidencia actual disponible respecto de la efectivización de los derechos de la niñez y adolescencia y la opinión de los/las adolescentes respecto de las brechas existentes en el contexto nacional para el ejercicio de sus derechos. En el eje de protección, se destaca como datos relevantes el que el 85% de las víctimas de delitos sexuales contra menores de edad eran mujeres, que las victimizaciones de las adolescentes por delitos sexuales ha aumentado en los

últimos años y que, comparativamente respecto de los adolescentes varones, presentan porcentajes más altos de victimización por *bullying* sexual y por acoso sexual a través de internet. También se da cuenta de un aumento significativo de las redes de explotación sexual en torno a las residencias de protección principalmente femeninas, lo que las constituye en un grupo específico respecto del cual se hace necesario reforzar la protección. Destaca también que, en prácticamente todas las dimensiones abordadas por este informe, los niños, niñas y adolescentes en situación de movilidad humana se encuentran más afectados que los demás niños/as y adolescentes. Finalmente, otro grupo específico que presenta una exposición a distintos tipos de violencia y discriminación son aquellos adolescentes LGTBIQ+ (UNICEF, 2022).

Así como las causas de la violencia hacia los/las niñas son multifactoriales, los efectos de la victimización también van a depender de múltiples factores, tales como: las características de la víctima; quien ejecute la violencia; características del incidente violento; la frecuencia de los eventos violentos; el entorno social y cultural; las redes primarias y secundarias; entre otros. Considerando esa diversidad de condiciones intervinientes, pueden evidenciarse diferentes impactos sobre el desarrollo de niños/as y adolescentes, quienes manifiestan dificultades en casi todas dimensiones evolutivas (Cichetti & Lynch, 1993; Cichetti & Rogosch, 1997; Lessinger, et al., 2006).

Dentro de las consecuencias de la violencia en niños/as y adolescentes en el ámbito de la salud mental, estas se relacionan con problemas conductuales, expresados tanto como conductas internalizantes (retraimiento, depresión) como externalizantes (agresividad, hiperactividad) y comportamientos sexualizados (Finkelhor, 2011; Merrick et al, 2008). Otras repercusiones de los malos tratos sufridos por los/las niños/as y adolescentes son algunos comportamientos perjudiciales para la salud, como el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual y comportamiento antisocial (ONU, 2011; Finkelhor, 2011). Cabe señalar que otros autores observan que los síntomas antes mencionados pueden haber actuado como estrategias de adaptación para hacer frente a las situaciones de violencia y desprotección (Romeo, 2019), o como mecanismos para recuperar la homeostasis en niños y niñas que han sufrido maltrato de sus cuidadores/as desde la primera infancia (Lecannelier et al., 2021).

Asimismo, se ha identificado una relación significativa entre la violencia hacia los niños/as y adolescentes y el trastorno de estrés post traumático (Gilbert et al., 2009), el cual puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos extremadamente amenazantes. Se caracteriza por la presencia de 3 síntomas: 1. La reexperimentación, es decir, volver a revivir el evento en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas; 2. La evitación de pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o de actividades, situaciones o personas que se lo recuerden y 3. Percepciones persistentes de amenaza actual acentuada en forma de hipervigilancia (OMS, 2022).

Por su parte, la reciente publicación del CIE-11 en el año 2019^[8] describe el diagnóstico llamado Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo), el cual puede desarrollarse después de la exposición a un evento o a una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, frecuentemente prolongados o repetitivos de los cuales resulta difícil para quien lo vivencia, escapar (OMS, 2022). Este cuadro fue propuesto originalmente con la finalidad de proporcionar un diagnóstico alternativo para personas que vivieron una exposición traumática repetida y prolongada, cuyos síntomas más graves eran diferentes a los recogidos en los diagnósticos para TEPT (Cervera et al., 2020). Para su diagnóstico, se debe cumplir todos los criterios descritos para el Trastorno

de Estrés Postraumático, además de los siguientes 3 criterios de gravedad y persistencia: 1. Problemas en la regulación del afecto; 2. Creencias de sentirse disminuido, derrotado y sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso asociados al evento traumático y 3. Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás; lo cual lo hace un cuadro con mayores implicancias en cuanto a su sintomatología.

La revisión sistemática realizada por Cervera et al. (2020) sobre la sintomatología reportada en estudios de niños y niñas que vivieron maltrato repetido de sus cuidadores a lo largo de la infancia, confirman la presencia de síntomas extensos y heterogéneos, así como graves alteraciones en la autorregulación (afectiva, cognitiva y conductual), que se ajustan a lo señalado para el TEPT Complejo y al cuadro de Trastorno Traumático del Desarrollo (Van der Kolk et al., 2005, Van der Kolk, 2015). Este último cuadro plantea desregulación afectiva y fisiológica, desregulación atencional y conductual, desregulación del self (sí mismo/a) y relacional y afectación en el área social de interacción (Van der Kolk, 2015), impidiendo a niños, niñas o adolescentes tener un funcionamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida (Cervera et al., 2020).

Según definición de Van der Kolk (2007), "el trauma ocurre cuando un individuo experimenta un evento intenso que daña o amenaza con dañar su bienestar físico o emocional o el de alguien cercano a él" (en Bailey, et al., 2019, p. 2). Complementariamente, el panel de expertos de SAMHSA (2014) plantea que este evento o serie de eventos que experimenta un individuo como física o emocionalmente dañino o que amenaza su vida, ocasiona efectos adversos y permanentes en su funcionamiento, a nivel mental, físico, social, emocional y/o en su bienestar espiritual.

En este orden, dicho panel de expertos (SAMHSA, 2014) agrega que **el trauma está conformado por tres variables**: (1) el **evento** (que puede ocurrir de forma única o repetida a lo largo del tiempo) y que es entendido como una amenaza real o extrema de daño físico, psicológico o negligencia grave y que es potencialmente mortal, revistiendo peligro para el desarrollo saludable del niño o niña; (2) la **experiencia** subjetiva del evento que, depende de cómo el individuo catalogue, signifique y lo afecte física y/o emocionalmente para ser experimentado o no como traumático. Dicha experiencia puede relacionarse con distintos factores, como sus creencias culturales, la disponibilidad de apoyo social y su etapa de desarrollo, entre otros y (3) el **efecto** adverso y persistente del o los eventos, que se constituyen en un elemento crítico del trauma, cuya duración puede ser de corto a largo plazo y pueden presentarse de manera inmediata o tardíamente.

En este marco, el niño, niña y adolescente ve afectada su capacidad para afrontar el estrés y las tensiones propias de la cotidianidad; así como la capacidad para confiar y beneficiarse de las relaciones con otras personas; gestionar procesos cognitivos (como la memoria, la atención y el pensamiento); regular el comportamiento o para controlar la expresión de emociones (SAMHSA, 2014). Coherente con lo anterior, Hummer, Dollard, Robst y Armstrong, (2010) señalan que estas experiencias pueden afectar la salud física y las relaciones sociales, así como el comportamiento y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, pudiendo tener un impacto profundo en su bienestar a lo largo de la vida.

Además de los efectos ya mencionados del maltrato, deben considerarse las consecuencias de las trayectorias de institucionalización en la vida de los niños, niñas y adolescentes que, por razones proteccionales se han visto privados/as de vivir en un ambiente familiar, debiendo integrarse a un sistema de cuidado alternativo residencial, las cuales afectan grave, profunda y negativamente sus vidas, restringiendo el acceso a oportunidades y desarrollo (Hormazábal, 2022).

En nuestro país, Lecannelier et al. (2021) plantean el Modelo de Apego y Complejidad para entregar una explicación alternativa al trauma complejo, lo cual tiene implicaciones para la intervención; señalan que el trauma complejo aporta una visión más integrada de las experiencias traumáticas respecto a la trayectoria de vida de niños, niñas y adolescentes, que se vinculan con una 'constelación traumática', que organiza toda la experiencia de estar en el mundo y que tiene consecuencias graves en su desarrollo psicofisiológico, emocional, cognitivo y relacional-social en todas las etapas del desarrollo futuro (Lecannelier et al., 2021; Van der Kolk et al., 2005).

Junto con lo anterior, es importante considerar que, en el presente, las graves consecuencias que se evidencian en el desarrollo de niños, niñas y jóvenes pueden vincularse con un pasado en que ellos/ellas tuvieron que desarrollar respuestas adaptativas que les permitieron sobrevivir a un entorno paradójico, es decir, uno que, al tiempo que les podía proporcionar ciertos cuidados, pero que, al mismo tiempo les vulneraba gravemente (Rygaard, 2005). Al respecto, los niños, niñas o jóvenes aun estando en contextos de cuidado y protección podrán continuar activando en diferentes momentos y con diverso grado de intensidad estas respuestas, siendo central considerarlo en las fases de formación de equipos que se desempeñan en espacios proteccionales, de modo que éstos sean agentes que favorezcan ambientes sensibles, mentalizadores y contenedores.

Los conceptos desarrollados en este apartado son parte de la evaluación de la situación de desprotección que presentan los niños y niñas, y especialmente los adolescentes, la cual es realizada por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado. Dicha evaluación da cuenta de las características de la violencia y del daño ocasionado por ésta en los diferentes ámbitos del desarrollo (físico, emocional, social, cognitivo, afectivo y sexual) de los/las adolescentes, así como de sus necesidades de cuidado, factores protectores y recursos, todo lo cual debe ser considerado en su acompañamiento durante el paso de los/las adolescentes por el Modelo Residencial Integrado para Adolescencia.

4.2 ADOLESCENCIA Y SU COMPRENSIÓN DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

La Observación General N°20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia advierte que los enfoques para garantizar los derechos de los/las adolescentes difieren significativamente de los utilizados con niños más pequeños, dadas las características definitorias de esta etapa (Comité de Derechos del Niño CDN, 2016). El enfoque de derechos humanos a la base incluye el reconocimiento y respeto de la dignidad y capacidad de acción de los/las adolescentes, su empoderamiento, ciudadanía y activa participación en sus propias vidas, la promoción de la salud, el bienestar y desarrollo óptimos, y un compromiso con la promoción, protección y ejercicio de sus derechos sin discriminación (Comité de Derechos del Niño CDN, 2016). Por otra parte y, a fin de asegurar el

desarrollo óptimo de niños, niñas y adolescentes, distintas entidades reconocen que la adolescencia debe ser entendida como parte del curso de vida.

En este apartado se presentan algunas características generales que describen a la adolescencia como una etapa del ciclo vital, en sus distintas áreas de desarrollo, a fin de tener una aproximación a un lenguaje común respecto a los principales hitos y desafíos de esta etapa; sin embargo, ello no debe ser entendido como homogeneidad, sino desde una comprensión amplia que reconoce la diversidad de formas de experimentar esta etapa (MINSAL, 2023). Lo anterior cobra aún más relevancia al comprender la adolescencia desde un **enfoque de curso de vida**, el cual reconoce la experiencia diferencial de los/las adolescentes y cómo estas experiencias, al estar mediatizadas por las trayectorias de violencia y vulneración a sus derechos, entre otras, podrían dar paso a cambios profundos en su curso de vida, siendo necesario una concepción que integre las distintas “adolescencias”, lo cual amplía las posibilidades de comprender a las/los participantes del Programa.

Desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, la adolescencia es definida como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, en la cual se presentan una serie de cambios acelerados en el desarrollo biopsicosocial, que condicionan tanto oportunidades como vulnerabilidades y, por tanto, requiere de acompañamiento adecuado para alcanzar un desarrollo positivo (UNICEF, 2014; MINSAL, 2018a). Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2010), este período comprende entre los 10 y los 19 años y representa en la trayectoria de vida de un individuo un período de evolución, de maduración biológica, psíquica y social que les permite alcanzar la adultez e incorporarse plenamente a la sociedad (MINSAL, 2023). En términos teóricos, esta etapa se desarrollaría en un patrón progresivo de 3 fases: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años) (MINSAL, 2023), refiriéndose el presente documento a la etapa media y tardía, dado que contiene a los participantes de este Programa.

En términos generales, uno de los desafíos y tareas más importantes a alcanzar en esta etapa sería la búsqueda y construcción de la identidad personal, lo cual implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional y la definición de una ideología o filosofía de vida sustentada en los valores propios (Gaete, 2015). Por otra parte, el logro de la autonomía, tanto a nivel físico como psicológico, es otro de los desafíos, de modo tal que, dependiendo de lo favorable que haya sido el proceso, los/las adolescentes puedan lograr su independencia física, entendida como la “capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento” (Gaete, 2015, p.438), y una autonomía a nivel psicológico, mediante el alcance de un sentido de sí mismo/a que le permita, entre otras cosas, tomar decisiones sin depender de su familia o adultos/as responsables hasta ese momento y asumir funciones y responsabilidades propias de los/as adultos/as (Hornberguer, 2006; Sanders, 2013).

Sumado a ello, se plantean otras tareas tales como el desarrollo de competencias emocionales (capacidad de autorregulación) y sociales (capacidad para relacionarse de manera efectiva con otros/as) (Hornberguer, 2006; Sanders, 2013), las cuales les permiten empatizar con las demás personas y comprenderlas mejor (Orben, Tomova & Blakemore, 2020). En relación con esto, una investigación reciente plantea que, comprender la relación entre el control afectivo y la regulación de las emociones, proporciona ventanas de oportunidad para mejorar la regulación de las emociones de los/las adolescentes, lo cual es importante para disminuir las probabilidades de desarrollar trastornos de salud mental en la adolescencia (Schweizer, Gotlib & Blakemore, 2020).

Pese a las características anteriormente descritas, es importante destacar la idea de que cada adolescente es único/a, pues existen diferencias individuales que están determinadas por el sexo, el género, el lugar de residencia (rural o urbano), el nivel socioeconómico, la cultura, la pertenencia a pueblos originarios, las trayectorias vitales, entre otras variables y determinantes sociales que traen consigo, por lo que el concepto de “adolescencias” hace sentido en el marco de este Programa, pues reconoce la diversidad existente en esta etapa y sus necesidades específicas (MINSAL, 2018b). Es así que la adolescencia constituye una serie de procesos, cada uno de los cuales son altamente variables en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social, en cuanto a la edad en que los/las adolescentes ingresan o terminan esta etapa, a la progresión entre cada etapa, en que el proceso pueda ser asincrónico en sus aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales, o que incluso transite a períodos de regresión relacionados con estresores ambientales u otros; por ende, ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a toda persona adolescente (Gaete, 2015).

Además, la vivencia de la adolescencia en la actualidad es distinta a la de décadas anteriores, ya que el acceso a las redes sociales y tecnología es un fenómeno que caracteriza a los/las adolescentes y jóvenes hoy, lo cual marca una diferencia con los actuales adultos/as y de cómo ellos y ellas experimentaron su adolescencia (Consejo Nacional de la Infancia, 2015).

Dicho lo anterior y, más específicamente para efectos didácticos, podemos decir que una de las características de la adolescencia es el distanciamiento de la familia, donde los conflictos con los progenitores o adultos/as significativos/as llegan al máximo en esta etapa (lo que se agudiza en contextos con alta desprotección) y la fuerte afiliación al grupo de pares, por lo que las interacciones sociales y la necesidad de obtener aprobación social se vuelven cada vez más importantes (Orben, Tomova & Blakemore, 2020). No existe otra etapa en la vida en que el grupo de pares sea más poderoso e influyente, a tal punto de adoptar códigos, vestimenta, valores y conductas del grupo, tanto positivas (promoción de liderazgos juveniles, conductas prosociales, cuidado del grupo de pares, entre otras) como negativas (iniciación en el consumo de drogas, ausentismo escolar, salidas sin autorización, entre otras), existiendo una marcada reorientación a las relaciones personales, románticas y sexuales, las cuales preparan el contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades (Gaete, 2015).

Desde el punto de vista de la biología, un aspecto muy relevante de señalar es que la adolescencia es una etapa particularmente sensible y crucial para el desarrollo del cerebro. Es una etapa de maduración y de las llamadas *podas neuronales*, en el que aumenta la velocidad de conexión de las redes neuronales en sus distintas áreas, transformándose en la **segunda gran ventana de oportunidad** que ofrece la vida, además de la primera infancia, que prepara para formar personas saludables, independientes y socialmente adaptados en la adultez (UNICEF, 2021b). Por su parte, hay 3 características claves del cerebro adolescente, siendo la primera que es la etapa de

sensibilidad máxima a la dopamina, un neurotransmisor que activa los circuitos de gratificación e influye en la toma de decisiones y el aprendizaje. La segunda da cuenta de la sensibilidad a la oxitocina, que tiene que ver con la gratificación de las relaciones sociales, lo que explicaría por qué la respuesta del cerebro adolescente ante la exclusión del grupo de pares es muy similar a lo que ocurre en el cerebro ante situaciones de amenaza física o falta de alimento. La tercera característica está relacionada con la serotonina, otro neurotransmisor que puede aparecer desregulado en la adolescencia, lo que explicaría los cambios de ánimo frecuentes en los/las adolescentes (UNICEF, 2021b).

En relación con el cuerpo, los/las adolescentes en fase media ya han tenido la mayoría de los cambios puberales, pero siguen aún preocupados y ocupan mucho tiempo en mostrarse más atractivos con su cuerpo y de manera sexual, y lo hacen experimentando a través de la ropa, la utilización de piercing, tatuajes, peinados, maquillaje, entre otros, aspectos que pasan a ser muy relevantes (Gaete, 2015).

Continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad, aun cuando la autoimagen sigue siendo muy dependiente de terceros. Por otra parte, en esta etapa se profundizan las conductas exploratorias y aumenta la predisposición a las conductas de riesgo (consumo exploratorio de alcohol y otras drogas, manejo a exceso de velocidad, probar “lo desconocido”, autolesiones, etc.). Si bien se creía que esto generaba en los/las adolescentes un sentido de omnipotencia que les daba, a su vez, un falso sentido de control con consecuencias negativas para ellos/as, investigaciones en neurodesarrollo demuestran que los/as jóvenes son conscientes de los riesgos, pero esto no los inhibe a presentar esta conducta, debido a que están en una etapa que incentiva la búsqueda de recompensas y sensaciones, lo cual aumenta con la presencia de pares (Steinberg, 2008; Konrad, Firk & Uhlhaas, 2013; Sanders, 2013). Lo anterior se debe a que el sistema cerebral socioemocional madura más tempranamente que el sistema de control cognitivo, razón por la que en situaciones cargadas de emocionalidad aumentaría la probabilidad de que éstas influyan en sus conductas más que la racionalidad (Steinberg, 2008; Konrad, Firk & Uhlhaas, 2013; Sanders, 2013). Finalmente, en la adolescencia media sigue estando presente la tendencia a la impulsividad y, por otro lado, el/la joven ya no acepta la norma por la norma, hasta no conocer el principio que la rige (desarrollo del pensamiento abstracto) (Gaete, 2015).

En cuanto a la adolescencia tardía, última etapa en el camino del logro de la autonomía e identidad, si el proceso se da de acuerdo a lo esperado - incluyendo la presencia de una familia apoyadora y de un grupo de pares que actúe como soporte socioafectivo-, los/las adolescentes van experimentando una integración de los diferentes aspectos de su personalidad, con una sensación de mayor tranquilidad y estarán en buen pie para enfrentar los desafíos de la siguiente etapa (Gaete, 2015). En cuanto al ámbito de desarrollo psicológico en esta etapa, se espera que la autoimagen se rija principalmente por valores propios, en vez de por los de sus pares, aumente el control de impulsos y que aparezca la capacidad de comprometerse (Gaete, 2015). En el plano cognitivo se establecería plenamente el pensamiento abstracto, aumentando la capacidad de resolución de problemas. En cuanto al desarrollo social, casi al final de la adolescencia disminuye la influencia de los pares y se espera que los/las adolescentes se vuelven a acercarse a sus familias, pero esta vez desde una posición más horizontal (Gaete, 2015). El desarrollo sexual, en tanto, pasará por aceptar los cambios corporales, la autoimagen y la identidad sexual, aumentando su inclinación por relaciones de pareja más íntimas y estables (Gaete, 2015).

En cambio, cuando la adolescencia está mediada por trayectorias de violencia y vulneración, incluso anterior a esta etapa, es probable que se les dificulte alcanzar las tareas de la adolescencia, al no contar con soportes psicoafectivos para acompañar este proceso de manera satisfactoria, por lo que los/las adolescentes podrían comenzar a tener problemas con la mayor autonomía y las responsabilidades del mundo adulto, pudiendo traducirse en depresión y otros problemas emocionales (Radzic, Sherer & Neinstein, 2008).

Cabe señalar que el desarrollo no culmina con el término de la adolescencia, sino que tiende a continuar durante toda la vida, por lo que si bien el desarrollo no será tan acelerado como en esta etapa, los/as adultos jóvenes se verán enfrentados a otros procesos y tareas, cuyo logro dependerá, en gran medida, de la resolución adecuada del proceso adolescente (Gaete, 2015), razón por la que requieren de acompañamiento y soporte emocional permanente, especialmente si están en contexto de cuidado alternativo residencial, en la etapa previa y posterior al egreso, pues están en una transición (Atkinson & Hyde, 2019; Stein, 2005).

Ahora bien, hasta aquí se ha descrito las principales características que representan el desarrollo adolescente en términos genéricos, por lo que considerar únicamente la visión de las etapas del desarrollo resulta en la práctica sesgado e insuficiente y, por ende, es necesario incorporar otras variables y enfoques complementarios en la intervención con adolescentes y sus familias.

El Plan Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025 plantea que, desde un enfoque de curso de vida, se debe considerar un sistema de acompañamiento a las trayectorias de desarrollo de los/las adolescentes, en las cuales se identifican períodos críticos que se constituyen en ventanas de oportunidad, de manera de implementar en esos momentos un conjunto de programas, prestaciones y servicios que aseguren oportunidades de desarrollo presentes y futuras (Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia, 2018).

Es así que el enfoque de curso de vida plantea que existe una fuerte vinculación “entre las experiencias de vida de los sujetos, los marcos institucionales en que éstas se desenvuelven y los contextos sociohistóricos específicos que condicionan la experiencia de una cohorte particular” (Sepúlveda, 2010). Desde este punto de vista, se considera a los individuos en grupos de edad en referencia con su entorno social y momentos históricos (Sepúlveda, 2010; Consejo Nacional de Infancia, 2016). Por lo tanto, no sólo se considera su edad cronológica, sino cómo ese grupo etario se ha desarrollado en un contexto socio cultural y tiempo determinado.

Los conceptos de trayectoria, transición y *turning point* son claves desde este enfoque, ya que otorgan una mirada comprensiva y a largo plazo. El primero hace referencia “al itinerario de vida de los sujetos; el proceso que marca el comienzo y fin de un ciclo entendido como un todo unitario” (por ejemplo, las trayectorias abarcan distintos ámbitos: laboral, educacional, de pareja, etc.), mientras que el segundo refiere a los “diversos episodios en que se desagrega esa trayectoria, no necesariamente predefinidos o predeterminados, pero que marcan cambios en el estado,

posición o situación de los individuos al interior de la sociedad” (por ejemplo, entradas y salidas del sistema educativo, del sistema residencial, del mercado laboral, del matrimonio, etc.) (Sepúlveda 2010, p.34; Blanco, 2011). Por su parte, el *turning point* se refiere a eventos que provocan fuertes modificaciones e incluso virajes en la dirección del curso de vida, tales como podría ser la muerte de un familiar cercano, el ingreso a la residencia e incluso una experiencia subjetiva que haya sido amenazante o traumática. En cualquier caso, se trata de eventos que cambian cualitativamente el curso de vida en el largo plazo (Blanco, 2011).

Adoptar en la intervención un enfoque de curso de vida permite considerar la experiencia diferencial y el impacto de los determinantes sociales a lo largo de la vida, así como también reconoce que las influencias presentes en cada etapa de la vida pueden afectar la salud física y/o mental (OMS, 2014), fundamental a la hora de comprender a el/la adolescente que ingresa al Programa de cuidados alternativos en su integralidad, considerando sus trayectorias en los distintos ámbitos, sus transiciones y los eventos vitales que han provocado un fuerte impacto en su vida, a tal punto de modificar su curso de desarrollo. Esto es importante porque desde esta perspectiva cada adolescente que ha vivido violencia vive y experimenta sus procesos de manera única y particular, más allá de su edad cronológica, en función de sus vivencias, el contexto donde se desenvuelve y los factores macrosociales. Por tanto, la invitación es a que, conociendo esas diferencias sustanciales en los caminos recorridos por unos/as u otros/as, se implementen acciones para mejorar la vida cotidiana de las/los adolescentes y sus familias, brindando oportunidades en el mediano y largo plazo para reducir los factores de riesgo asociados a las desigualdades sociales, entre otras variables.

4.3 CUIDADO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO CON ADOLESCENTES

El Comité de Derechos del Niño (ONU, 2016) reconoce la importancia de crear entornos óptimos para el desarrollo del potencial de los/las adolescentes, relevando el aporte que éstos/as pueden hacer a sus propias vidas y la de otras personas; a su vez, observa con preocupación que -en el imaginario colectivo- existe una generalizada caracterización negativa de esta etapa vital, frecuentemente centrada en problemas.

Por ello es necesario reconocer la contribución de los/las adolescentes como activos sociales, coadyuvando en su tránsito desde una posición de dependencia a una de mayor autonomía, así como en el proceso de constitución y expresión de la identidad (ONU, 2016). En el contexto de adolescentes que ingresan a sistemas de cuidado alternativo, con un historial de desprotección, “se enfrentan a múltiples retos que requieren entornos de vida y aprendizaje diseñados a medida y con profesionales especialmente formados que actúen como cuidadores, profesores, mentores y preparadores” (Holden, 2023, p.6).

En este sentido, se ha avanzado en los modelos de cuidado alternativo residencial, uno de ellos ha sido el esfuerzo internacional por convertir residencias masivas a otras de menor número de integrantes y con orientación familiar (Bravo y Fernández del Valle, 2009). Es así como, actualmente, existen países con experiencia consolidada en este tipo de residencias, mientras que otros, como el nuestro, se encuentran en una fase de reciente implementación.

Sumado a lo anterior, el Grupo de Trabajo “Therapeutic Residential Care for Children and Youth” (Whittaker et al., 2017) aporta con un conjunto de principios que debieran guiar la intervención en contextos residenciales de calidad, entre los cuales destacan el **garantizar la protección y seguridad de quienes los habitan, forjar y mantener vínculos familiares fuertes y vitales, residencias conectadas con las comunidades, culturas y redes de relaciones sociales que definen e influyen en los/las adolescentes y sus familias, y el aprendizaje a través de la convivencia, donde la enseñanza se da principalmente a través de una serie de relaciones profundamente personales y humanas (entorno terapéutico).**

Los mismos autores han definido el **Acogimiento Residencial Terapéutico (ART)** como “el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales” (Whittaker et al., 2017, p.291).

En consistencia con lo anterior, los modelos residenciales han ido incorporando el enfoque informado en trauma, lo cual se traduce en (1) Consciencia del impacto generalizado del trauma, (2) Comprender las posibles vías para la recuperación, (3) Reconocer los signos y síntomas de trauma en los niños, niñas y adolescentes, las familias, el personal y de otras personas con el sistema; y (4) Responder integrando plenamente los conocimientos sobre trauma en las políticas, procedimientos y prácticas en las instituciones (SAMHSA, 2014).

El cuidado basado en el enfoque informado del trauma requiere la toma de conocimiento, sensibilidad y comprensión de los/as adultos/as cuidadores respecto del impacto de las experiencias de violencia y adversidades tempranas que han afectado a los/las adolescentes (Burns & Emond, 2023), asumiendo que la experiencia traumática ha condicionado su desarrollo vital, determinando sus creencias, ideas y concepción de la realidad, siendo un marco para comprender que estas pueden definir y afectar profundamente el núcleo de la identidad (Levenson, 2017, en Munizamy & Elze, 2020). Como consecuencia de lo anterior, se releva la necesidad de brindar atenciones que reconozcan la “vulnerabilidad emocional de los sobrevivientes al trauma, siendo importante no repetir inadvertidamente dinámicas de interacciones abusivas en la relación de ayuda” (Morrison et al., 2015 en Levenson, 2017, p.6).

En el mismo sentido, la práctica sensible al trauma en el contexto residencial implica: (1) Tener un conocimiento profundo de los/las adolescentes y sus historias de vida, familiares y de vulneración, y (2) El reconocimiento constante de los efectos de las trayectorias traumáticas en sus sistemas nerviosos, y con ello, en sus comportamientos cotidianos (UNICEF, 2024). En este sentido, todos/as los/as adultos/as dentro del espacio residencial deben estar preparados/as para comprender que hay estímulos cotidianos que pueden gatillar en los/as adolescentes sensaciones corporales que los conectan con sus historias de trauma y desencadenan respuestas reflejas, sobre las cuales ellos/ellas no tienen control (UNICEF, 2024). Uno de los objetivos del acogimiento residencial sensible al trauma es reemplazar, a través del aprendizaje, estas respuestas reflejas por nuevas

estrategias para enfrentar los estímulos que las desencadenan, avanzando en integrar respuestas reflexivas, que permiten la autorregulación y el manejo de emociones (Holden et al., 2020).

En este marco para la intervención, lo **terapéutico** es entendido como prácticas “a través de las cuales se contribuye en colaboración con las personas, a producir los cambios necesarios en la experiencia subjetiva de éstas y en su situación ambiental, con el fin de mejorar el bienestar psicosocial y reducir las condiciones perturbadoras de éstas” (Regalado, 2022, p.42), siendo las principales herramientas las narrativas, la comunicación y la relación entre el equipo residencial y los/las adolescentes, en un entorno relacional respetuoso de los derechos humanos. De este modo, la base del proceso interventivo en el espacio residencial es el equipo mismo y sus relaciones terapéuticas con los/las adolescentes (Holden et al., 2020).

Por ello, se releva la necesidad de que el acogimiento residencial brinde un entorno enriquecedor, seguro, predecible y sensible al trauma, para que los/las adolescentes crezcan y se desarrollen plenamente, aprendiendo a superar las adversidades y desplegando nuevas habilidades para la vida (Whittaker et al., 2017). Este entorno se construye aplicando cinco principios básicos del enfoque informado en trauma: **seguridad; confianza; colaboración; elección (participación en la toma de decisiones) y empoderamiento** (Levenson, 2017).

La seguridad es el piso que deben tener los/las adolescentes y equipos, lo cual está a la base del proceso de intervención (UNICEF, 2024). Este piso de seguridad, si bien se relaciona con la emocionalidad (en referencia a la residencialidad emocionalmente segura que daba nombre al primer componente en las Residencias Familiares de Adolescencia y Adolescencia Temprana) abarca otros ámbitos (UNICEF, 2024), como son: construir un entorno de aprendizaje en la convivencia, incorporar a la familia o vínculos significativos del/la adolescente y los recursos de la comunidad (Whittaker et al., 2017) y desarrollar un acompañamiento culturalmente pertinente (Holden et al., 2020).

Generar dicho contexto terapéutico requiere que las relaciones interpersonales sean cuidadosas de las necesidades de los/las participantes, promoviendo vínculos, normas claras, coherentes, libres de todo tipo de violencia, basadas en el respeto y que, a la vez, promuevan la autonomía. Esta consideración es vital, ya que permite a los/las adolescentes sentirse seguros/as, atendidos/as y valorados/as, sentir la confianza en sus capacidades para cuidarse y alcanzar su potencial (Holden et al., 2020).

El sistema residencial concebido como un espacio terapéutico requiere que, quienes cuidan, lo hagan desde la sensibilidad al trauma, participando activamente en la creación de un entorno vital que proporcione a los/las adolescentes una “sensación de normalidad” (Holden, 2023), cuyas prácticas de colaboración permiten generar cambios en sus propias experiencias, mejorando su bienestar psicosocial (Regalado, 2022). La sensación de normalidad, según Holden (2023), se relaciona con un entorno que dé una apariencia hogareña y una rutina de actividades que creen una sensación de orden y previsibilidad.

Lo anterior, en un marco de comunicación respetuosa y que reconoce sus sentimientos, es lo que ayuda a reconstruir su seguridad emocional (Holden et al., 2020), permitiendo a los/las adolescentes sentirse atendidos/as y valorados/as, sentir la confianza para participar en su propio cuidado y proceso de acompañamiento, alcanzar su potencial y desarrollar nuevas habilidades (Dangerfield, 2021)

En una residencia terapéutica, como señalan Holden et al. (2020), el/la cuidador/a es “la herramienta más importante que tenemos para ayudar a los niños y adolescentes a crecer, desarrollarse y prosperar, evitando las crisis, si aprenden a satisfacer sus necesidades básicas y les ayudan a sentirse seguros” (p.6). Esto implica renunciar a una posición de solucionadores de problemas, para pasar a considerar la posición alternativa de unirse a un sistema de ayuda ya existente alrededor del/la adolescente y su familia, amigos, adultos significativos del entorno y otros profesionales (Dangerfield, 2021).

En este sentido, Holden et al. (2020) plantean, respecto de los/las cuidadores/as, que la complejidad del trabajo, unida al estrés de intentar aliviar el dolor emocional de los/las adolescentes que han sufrido experiencias adversas, puede crearles altos niveles de ansiedad, por lo que la práctica reflexiva, cultura de colaboración y autorreflexión es altamente recomendable al interior de las residencias (Holden, 2023), movilizándolo al/la cuidador/a desde un lugar de saber a uno de curiosidad, para aprender de otros/as (Cardona y Campos, 2018).

Los conceptos desarrollados en este apartado apuntan a la construcción de la Residencialidad Terapéutica, a fin de generar condiciones que permitan tanto a los/las adolescentes como a los equipos sentirse seguros, lo que es la base para prevenir los comportamientos basados en el dolor y desarrollar aprendizajes para enfrentar las situaciones que los desencadenan, favoreciendo la reflexión y regulación emocional, como requisito para avanzar en el desarrollo de habilidades y autonomía.

V. PARTICIPANTES DE LA RESIDENCIA

El Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia está dirigido a adolescentes de 14 a 17 años 11 meses^[9] en situación de desprotección avanzada^[10], producto de lo cual el Tribunal de Familia, o con competencia en familia, ha ordenado la separación de su núcleo familiar y el cuidado transitorio en acogimiento residencial.

Son también participantes del Programa las familias o adultos/as cuidadores/as de los/las adolescentes, con quienes la residencia realiza intervenciones dirigidas a la pronta restitución del derecho a vivir en familia, y aquellos familiares o personas relevantes^[11] que mantienen una vinculación positiva con los/as adolescentes para el proceso de intervención, siempre y cuando, no exista una disposición de la autoridad judicial que lo impida.

Como se mencionó anteriormente, el ingreso de los/las adolescentes al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico siempre es simultáneo al ingreso al Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar y al Programa de Preparación para la Vida Independiente, conformando el Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado.

Cabe señalar que se actuará bajo el principio de no discriminación, por lo que no se establece como criterio de

ingreso para los participantes del programa su condición étnica o pertenencia cultural, situación socioeconómica, género, nacionalidad, religión u otra razón arbitraria. Los/as adolescentes con necesidades especiales, por su parte, y que presenten cualquier discapacidad física, sensorial, intelectual o mental, acreditada mediante certificados emitidos por la entidad competente, en rangos leve o moderada, deben ser incluidos en esta modalidad de protección con los ajustes razonables que se requieran para ello. Quienes presentan discapacidades que requieren de apoyos profundos y sistemáticos, en situación de alta dependencia[12], en tanto, deben ser ingresados a modelos residenciales específicos, a fin de responder acabadamente a sus necesidades

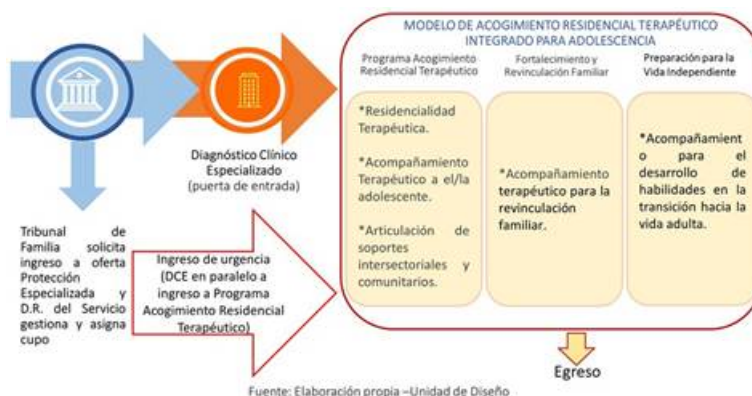
VI. RUTA DE INGRESO

El ingreso de las/los adolescentes al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia y sus complementarios, parte integrante del Modelo de Acogimiento Residencial terapéutico Integrado, responde exclusivamente a una resolución[13] judicial, ya sea notificada por escrito o verbalmente cuando sea una medida cautelar de urgencia, la que será remitida desde el Juzgado de Familia o con competencia en familia.

En términos de flujo, puede darse el ingreso mediante el circuito habitual de ingreso a los programas de protección especializada y el ingreso directo al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico y conjuntamente a sus programas complementarios; esto último, debido a que el Tribunal tiene la facultad de ordenar el ingreso **urgente** de un/a adolescente, situación en que el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado realiza el informe y plan de intervención individual en paralelo al acompañamiento ya iniciado en el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico y sus programas complementarios.

Cabe señalar, para el procedimiento de ingreso, que la ley N°21.302, en su Artículo 8 letra t), refiere que los Directores Regionales del Servicio tienen la facultad exclusiva de asignar cupos en los proyectos de los programas que correspondan, de acuerdo a la derivación realizada por el Tribunal competente.

A continuación, se presentan la ruta de ingreso establecida en la ley N°21.302 para esta modalidad:



VII. ÁMBITOS DE ACCIÓN

En este apartado se exponen los aspectos técnico - metodológicos claves para la implementación del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado, cuya ejecución es para Colaboradores Acreditados, particularmente en lo referido al quehacer del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado para Adolescencia.

En primer lugar, se presentan los **objetivos** a alcanzar en el Programa. Luego, se desarrollan los **componentes** del mismo, continuando con el desarrollo operativo detallado de su quehacer a través de las **etapas** de la intervención. Finalmente, se presenta la **matriz lógica**, mediante la cual se evalúan los logros alcanzados por el Programa.

7.1 OBJETIVOS

Objetivo de Fin

Contribuir a la protección de los derechos de los/las adolescentes.

Objetivo General

Restituir el derecho de los/las adolescentes que se encuentran en el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico a vivir en una familia estable y protectora.

Objetivos Específicos

- Proporcionar un espacio seguro que responda a las características y necesidades del/la adolescente.
- Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección del/la adolescente.
- Articular soportes intersectoriales y comunitarios para los/las adolescentes.

7.2 COMPONENTES

A partir del enfoque informado en trauma y los modelos de intervención que sustentan el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, se proponen 3 componentes:

1. Residencialidad Terapéutica,
2. Acompañamiento Terapéutico a el/la Adolescente, y
3. Articulación de Redes Intersectoriales y Comunitarias.

7.2.1 RESIDENCIALIDAD TERAPÉUTICA

Síntesis

El componente se centra en la creación de un ambiente sensible al trauma, el que se basa en desarrollar prácticas en el contexto residencial que garanticen la seguridad de todos/as quienes comparten este espacio, así como generar una cultura de respeto, confianza y aprendizaje en la que todos/as sus participantes, a través de la convivencia, puedan aprender de sus experiencias. Para ello, el acompañamiento considera las características y requerimientos específicos del/la adolescente, enfatizando sus fortalezas y recursos personales y brindando un espacio personalizado para que éste/a pueda expresar sus sentimientos, elaborar sus trayectorias y/o experiencias de desprotección y acompañarlo/a socioemocionalmente durante su permanencia en la residencia, contribuyendo a su percepción de seguridad y protección. El componente se estructura en 3 dimensiones: física, socioemocional e ideológico-cultural; todas ellas consideran un acompañamiento individual y también grupal a los/las adolescentes.

Objetivo

Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las necesidades y características de los y las adolescentes.

Aspectos Centrales

Para el logro del componente se requiere la participación activa de la totalidad del equipo del modelo integrado, liderado por el/la Directora/a, quienes significan y relevan la convivencia cotidiana como un lugar central que favorece el bienestar, seguridad y protección del/la adolescente y de todos/as quienes participan en ella. La sensibilidad del equipo hacia las necesidades y características singulares de cada adolescente resulta fundamental, ya que el brindar un espacio de cuidado acogedor y contenedor se basa en el despliegue de prácticas relacionales informadas, consistentes y reguladas. Un pilar fundamental del componente radica en crear un ambiente donde el/la adolescente se sienta seguro, comprendido y capaz de prever y entender los sucesos que ocurren en la residencia, facilitando así su adaptación y bienestar emocional (UNICEF, 2024).

De este modo, el componente entrega un entorno acogedor que ofrece estructura, estabilidad y predictibilidad al/la adolescente que habita la residencia, favoreciendo la confianza y libertad necesaria para expresar sus inquietudes personales y participar en los procesos de toma de decisiones en torno a la rutina que allí se desarrolla. A través del establecimiento de vínculos acogedores, conductas bientratantes y de colaboración mutua, tanto por parte del equipo, los propios adolescentes, y de sus familias, éstos (los/las adolescentes) tienen la oportunidad de visualizar las interacciones que ocurren en el ambiente residencial como una oportunidad para personalizar el cuidado y compartir sus distintos espacios, tomando acuerdos y abordando respetuosamente las diferencias que emergen durante la convivencia.

Los elementos centrales de la residencialidad terapéutica se articulan considerando tres dimensiones: espacio físico, socioemocional e ideológico-cultural (Holden et al., 2020).

El **espacio físico** guarda relación con el diseño, disposición y acondicionamiento de las dependencias de la residencia, las cuales ofrecen un entorno óptimo y saludable para el diario vivir, asimilándolo a un ambiente familiar que se adapta de manera dinámica y funcional a las necesidades, características particulares y capacidades del/la adolescente. Ello promueve su crecimiento y pleno desarrollo, junto con incrementar la percepción de sentirse seguros/as, valorados/as y en la confianza de participar de su propio cuidado y uso del espacio.

En este sentido, el componente brinda una adecuada infraestructura y condiciones de habitabilidad se constituyen en la base sobre la cual ocurren las interacciones relacionales y funcionamiento cotidiano, ofreciendo un equilibrio entre las zonas comunes dispuestas para el esparcimiento, encuentro y formación grupal, y habitaciones que proveen de privacidad. Las dependencias de la residencia están pensadas para crear espacios seguros, contenedores y funcionales, en los cuales el/la adolescente tenga la oportunidad de ocuparlos en sintonía con sus particularidades, necesidades e intereses, permitiéndole transitar a través de ellos con libertad.

De este modo, se consolida en el/la adolescente el sentido de pertenencia, percibiendo las dependencias como propias, aportando así a la percepción de seguridad del entorno, reflexión y autodisciplina. Ello contribuye significativamente a avanzar hacia la personalización de los distintos espacios de la residencia, incentivando la toma de decisiones sobre su ambientación y disposición del mobiliario.

Para proveer un espacio que promueva la real percepción de seguridad en el/la adolescente, resulta importante que quienes lo sostienen se sientan seguros en éste. Es decir, todos los profesionales y técnicos que forman el equipo integrado deben percibir el espacio residencial como un lugar que protege su integridad física y psicológica, además de acoger y abordar sus miedos, pues de no hacerlo puede tener efectos nocivos en el cuidado brindado (UNICEF, 2024).

Además, asociado tanto a la disposición del espacio físico como al espacio socioemocional, para el logro de una estructura y estabilidad ambiental es relevante el consensuar y definir una rutina diaria que permita otorgar predictibilidad a todos/as quienes participan de las actividades y momentos cotidianos. Vincular habitaciones con actividades y horarios de uso también actúa como un marco de referencia que facilita la percepción de un ambiente colectivo que inspira seguridad y confianza, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de situaciones de desregulación emocional.

El **espacio socioemocional** se fundamenta en el establecimiento de relaciones interpersonales afectuosas y auténticas que inspiran la contención emocional al/la adolescente, lo cual fortalece la percepción de sentirse valorados/as e importantes y que el deseo de cuidarlos es genuino. Para ello, la comunicación respetuosa, respuestas sensibles por parte de los miembros del equipo del modelo integrado y el reconocimiento de sus sentimientos aporta a la (re) construcción de su seguridad emocional.

Para el logro de lo anterior es imprescindible que el equipo se encuentre emocionalmente comprometido con quienes atienden (Burns y Emond, 2023) e implementen prácticas reflexivas durante su quehacer. Además de ello, se requiere que estén suficientemente informados, tanto respecto de la etapa del desarrollo como de las consecuencias del maltrato y vulneraciones, y de qué manera éstas interfieren en la forma que el/la adolescente percibe y se relaciona con el entorno.

Por tanto, el componente brinda respuestas emocionales y comportamentales que releva y pone atención a los procesos psicológicos que subyacen la conducta visible, así como aspectos referidos al trauma y las respuestas a este como estrategias adaptativas que el/la adolescente ha adoptado para su protección. Esto permite al equipo del modelo integrado actuar de modo informado, consistente y regulado, considerando las particularidades de atención para cada uno/a de ellos. Tal consideración, en la práctica, incide favorablemente en la prevención de comportamientos de desregulación conductual, reduciendo las posibles fuentes de estrés que podrían desencadenar situaciones de conflicto interpersonal o repuestas basadas en el dolor, tales como arrebatos impulsivos, actos agresivos, huidas, autolesiones, retraimiento, desafío e inflexibilidad.

El cuidado respetuoso y sensible que proporciona el componente abre la oportunidad de abordar en conjunto la resolución de conflictos que emerjan, beneficiándose mutuamente de la convivencia en la residencia, favoreciendo el bienestar y cordial clima relacional. También permite consensuar rutinas e incentivar la participación en distintas actividades y momentos de la cotidianidad, al aumentar la sensación de seguridad, pertenencia, autoestima y autoconfianza en el/la adolescente.

Por su parte, el **espacio ideológico-cultural** estimula que, durante la estadía transitoria en la Residencia, el/la adolescente y su familia exploren su propia identidad y consciencia cultural, promoviendo la preservación de su cultura, sobre la base del respeto, la validación y apertura hacia la diferencia. Así, el ambiente residencial acepta e integra las divergencias culturales y también la estética y sistemas de valores que encarnan, tanto el/la adolescente, su grupo familiar, miembros del equipo del modelo integrado, e inclusive la idiosincracia territorial donde el Programa se implementa.

En consecuencia, la residencialidad terapéutica se reconoce dentro de un sistema de relaciones familiares, comunitarias y culturales basadas en la aceptación de la diferencia, que valora el encuentro interpersonal y la co-construcción. Por ello, el acompañamiento que se brinda se sustenta en el paradigma de una cultura cuyo basamento es una combinación del buen trato y una mirada inclusiva hacia temáticas como las minorías étnicas, migración y movilidad social, diversidad sexual y adolescentes en situación de discapacidad. Este principio encuentra su operacionalización en la apertura e interacción de la residencia con las familias del/la adolescente y del medio comunitario del cual forma parte, incentivando la participación de la familia en su funcionamiento cotidiano y la responsabilidad compartida durante el proceso de acompañamiento.

Así también, la residencialidad terapéutica incentiva la participación del/la adolescente en todos los asuntos que le conciernen, relevando su protagonismo y visualizándolo como un agente activo y opinante. Para ello, mediante la implementación de distintos mecanismos cotidianos y oportunidades de integración, se le invita a participar en los procesos de toma de decisiones, en sintonía con sus características únicas y el principio de autonomía progresiva.

Frecuencia

Dado que el componente refiere al funcionamiento cotidiano de la residencia, todos los tópicos del componente deben ser implementados de modo diario, desde el ingreso hasta el egreso del Modelo Residencial Integrado.

7.2.2 ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A EL/LA ADOLESCENTE

Síntesis

El acompañamiento terapéutico al/la adolescente corresponde al desarrollo de acciones para favorecer su bienestar y desarrollo identitario, lo que se realiza sobre un marco de una residencialidad terapéutica y considerando sus trayectorias vitales, características y recursos que les permita desarrollar estrategias óptimas ante situaciones adversas y gestionar de mejor manera la expresión de sus emociones, mejorando su sensación de agencia personal. El componente se desarrolla desde un enfoque informado en trauma, y se organiza en los siguientes principios del modelo CARE (Holden, 2023): implicancia de la familia, basado en las relaciones, centrado en el desarrollo y basado en las competencias, todo lo cual contribuye a la resignificación de las trayectorias y/o experiencias de desprotección del/la adolescente.

Objetivo

Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección de los y las adolescentes.

Aspectos centrales

El componente está a cargo de un/a profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social con colaboración de el/la Terapeuta Ocupacional^[14], cuyo accionar de todos se complementa con el/la profesional a cargo del proceso de reunificación. El/la profesional a cargo realiza todas sus intervenciones dentro de un marco de una residencialidad terapéutica (descrito en el primer componente) el cual actúa como base para el desarrollo de todo el quehacer terapéutico. Dichas intervenciones son ajustadas a las necesidades particulares de cada adolescente, según sus

características y trayectorias vitales, y siempre desde un enfoque de curso de vida.

Este componente se orienta a acompañar terapéuticamente el desarrollo identitario de el/la adolescente, fortaleciendo su capacidad de agencia personal, mediante interacciones vinculares positivas que son propiciadas por parte de los miembros del equipo del modelo integrado y trascienden los distintos niveles de relaciones en el espacio residencial, las cuales se desarrollan dentro del marco de una residencialidad terapéutica, lo que contribuye -junto con la acción de los otros componentes- a **resignificar** las experiencias y/o trayectorias de desprotección avanzada de el/la adolescente. De este modo, lo que se espera lograr es que el/la adolescente retome la sensación de seguridad física y emocional que se ha visto fracturada con los hechos de vulneración, ligada a la experiencia de trauma en el neurodesarrollo y, en definitiva, retome el control de su propia vida. Ello requiere, a su vez, potenciar el desarrollo de sus habilidades sociales; la capacidad de co-regulación emocional -a través de vínculos con figuras que se tornen significativas y de confianza-; su sentido de competencia; de expresión emocional y autoestima -lo que favorecerá el despliegue de nuevas respuestas ante situaciones de estrés-, incorporándolas en el desarrollo de su identidad personal.

Comprende acciones de abordaje terapéutico personalizado a cada adolescente, considerando sus características, trayectoria, adversidades y fortalezas, con foco en el desarrollo de habilidades personales y potencialidades. Dicho espacio se caracteriza por una relación de intimidad y profundidad, que busca generar en el/la adolescente un sentimiento de pertenencia y confianza que lo estimule a compartir de manera efectiva y segura su experiencia emocional y relacional respecto de sus experiencias, entre ellas, las de violencia y desprotección y sus efectos, con el fin de ir dando sentido a lo vivido e ir integrando dichas experiencias paulatinamente a su trayectoria vital, dando paso a nuevas posibilidades de crecimiento y desarrollo.

Para lograr los resultados esperados, los/las adolescentes necesitan tener una **experiencia consistente y congruente** durante su estadía en el espacio residencial terapéutico, siempre en función de su interés superior, debiendo el equipo asignado mantener estas cualidades en todo su accionar, independiente del miembro del equipo que la realice o de la actividad que se desarrolle. Esto implica mantener la coherencia entre el propósito de la gestión residencial y las acciones del equipo, la reciprocidad en las interacciones entre sus miembros y la cohesión dentro del sistema de acogimiento residencial (Holden, 2023).

Las prestaciones del componente se organizan y sostienen a partir de los **principios** formulados en el modelo CARE (Holden, 2023), un modelo basado en evidencia sobre intervención a niños/as y adolescentes en contexto residencial, los cuales deben ser aplicados transversalmente por parte de todo el equipo del modelo de acogimiento residencial integrado.

En primer lugar, éste no se trata de un componente netamente individual (si bien contempla este nivel), sino que se concibe a el/la adolescente siempre “en relación con”, aludiendo al ámbito relacional con su núcleo primario de relaciones: su familia, su primera y más duradera relación. Por tanto, la **implicación de la familia**, tanto a nivel concreto como simbólico, es un principio base para el abordaje terapéutico a este nivel, al promover la colaboración e involucramiento de ésta en todo el proceso, mantener y fortalecer las relaciones familiares, así como también la conexión con la identidad familiar, cultural y comunitaria de procedencia. Esto se traduce en la entrega de prestaciones vinculares, donde participa el/la adolescente y su familia u otro adulto/a con el que se proyecta la reunificación.

Por otra parte, el principio **basado en las relaciones** se traduce en el desarrollo y entrega de relaciones positivas entre los/as adultos/as miembros del equipo integrado y el/la adolescente, factor decisivo para su integración en el espacio residencial terapéutico y en cualquier actividad que se desarrolle, a través de vínculos afectivos y una red de relaciones sociales que impliquen para ellos experiencias de acogida nutritivas y enriquecedoras, base para prosperar y desarrollar todo su potencial. La naturaleza afectuosa y consistente de las relaciones entre los/las adolescentes y los/as cuidadores/as contribuye a regular sus emociones y conducta de manera significativa, les entrega las claves para sentirse confiados/as, seguros/as, desarrollar otras relaciones de la misma calidad con sus pares, aprovechar las oportunidades que surgen y a superar obstáculos con la ayuda de éstos. Sumado a ello, en situaciones de estrés y/o conflicto al interior de la residencia, una vinculación positiva por parte de los/as cuidadores/as es fundamental para lograr la cooperación del/la adolescente. Las estrategias claves en este ámbito son la conexión entre el/la adolescente con una figura significativa, la capacidad de mentalización, la capacidad de modulación emocional, entre otras. Todo lo anterior brinda experiencias de aprendizaje interpersonal saludables y seguras que lo/la motivan a prosperar.

El principio **centrado en el desarrollo** implica el desarrollo de acciones que favorezcan la autonomía progresiva del/la adolescente, en las que el equipo de la residencia brinda experiencias y oportunidades que satisfacen las necesidades de desarrollo únicas de cada adolescente. Ello pues, si bien todos los/las adolescentes necesitan distintas oportunidades para desarrollarse, es probable que aquellos que se encuentran en acogimiento necesiten apoyo adicional para que puedan ir resignificando las experiencias que impactaron su desarrollo en distintos niveles. Esto se traduce en que los/as adultos/as del equipo de acogimiento residencial terapéutico integrado sirven de modelo al ofrecer oportunidades concretas para que el/la adolescente desarrolle distintas habilidades, con desafíos ajustados a su nivel de funcionamiento (si bien desafiantes, más no abrumadores), creando las condiciones para aumentar su autoregulación y bienestar socio emocional.

Ligado al anterior, el principio **centrado en competencias** implica que, dado que todo/a adolescente requiere habilidades, conocimientos y actitudes para desenvolverse adecuadamente en la vida cotidiana, por lo que desde este componente se plantea que los/as adultos/as que forman parte del equipo del modelo integrado tienen la responsabilidad de ayudarlos/las a ser competentes en el manejo de su entorno, así como de motivarlos/as para enfrentar nuevos desafíos y alcanzar/dominar nuevas habilidades.

Finalmente, las prestaciones entregadas en este componente por parte de los/las profesionales del equipo del modelo de acogimiento residencial integrado son desarrolladas siempre en el marco de una residencialidad terapéutica (componente 1) y ajustadas para cada adolescente, según sus características y necesidades

particulares.

Frecuencia

El componente tiene una frecuencia **diaria**, dado que contempla prestaciones asociadas a los ámbitos: de implicancia familiar, relacional, práctica informada en trauma, desarrollo identitario y competencias de el/la adolescente; por tanto, las acciones deben ser propiciadas **en lo cotidiano** por parte de los/las profesionales responsables del componente y por todo el equipo del modelo integrado.

7.2.3 GESTIÓN Y ARTICULACIÓN DE SOPORTES INTERSECTORIALES Y COMUNITARIOS

Síntesis

El componente comprende la gestión de soportes de redes intersectoriales y comunitarias, la cual se orienta tanto a facilitar el acceso de adolescentes y sus familias a las prestaciones institucionales y comunitarias, como a favorecer su integración social, canalización de intereses y satisfacción de sus necesidades mientras se encuentran en la residencia familiar. Así también, mediante la articulación de recursos territoriales, brinda soportes al ejercicio de la parentalidad a las familias en caso de adolescentes que egresarán bajo su cuidado, con énfasis en la etapa de sostenibilidad de los cambios, acompañando la detección y el uso de espacios de participación y oportunidades, que proporcionan contención y que fortalezcan la pertenencia local.

Objetivo

Articular los soportes intersectoriales y comunitarios durante la permanencia del/la adolescente en el Programa.

Aspectos Centrales

La intervención que se realiza en este componente es responsabilidad del/la Director/a y del equipo del modelo integrado en su conjunto, quienes establecen coordinaciones permanentes con actores claves **intersectoriales y comunitarios** pertinentes y afines a su quehacer, para así contribuir tanto al funcionamiento de la Residencia como a los procesos de acompañamiento que se brindan al/la adolescente y su familia, desde la instalación del modelo residencial integrado en el territorio donde éste se implementa.

Cabe destacar que la gestión de redes del Modelo se enmarca en lo establecido en la ley N°21.430, la cual plantea el acceso preferente de los niños, niñas y adolescentes atendidos en los programas de protección especializada a todas las prestaciones sociales, y también el rol articulador que cumplen las Oficinas Locales de Niñez (OLN) para el acceso a éstas[15]. Por tanto, en primer lugar, el componente facilita el acceso a la protección universal de derechos que ejecuta la Subsecretaría de la Niñez a través de las OLN en el ámbito local y entorno en que se desenvuelve el/la adolescente y su familia, tales como instrucción de matrícula o permanencia en establecimientos educacionales, derivaciones a organismos de salud y salud mental, activación de los beneficios de seguridad social que correspondan, entre otras[16].

Considerando lo anterior, el componente se basa en el principio **orientado a la ecología** (Holden, 2023), dado que el/la adolescente participa cotidianamente en interacciones dinámicas con su entorno físico, social, emocional, cultural e ideológico, por lo que apunta a entregar apoyos ambientales que se ajustan a sus necesidades y capacidades en constante cambio, para que éste/a pueda crecer y desarrollarse.

Respecto a los **soportes intersectoriales**, el componente se articula con distintos sectores, tales como el **sector salud**, cuyas coordinaciones tienen el propósito de facilitar el acceso del/la adolescente a prestaciones u otros apoyos que requieran en caso de presentar enfermedades y/o necesidades de tratamiento en el ámbito de la salud física o mental. Asociado a ello, si fuera pertinente, se debe activar los convenios vigentes con SENDA, para un abordaje oportuno del consumo problemático de sustancias[17] y con SENADIS, para temáticas de accesibilidad e inserción social[18].

Las coordinaciones con el **sector educación** promueven la continuidad en los estudios formales del/la adolescente, procurando la nivelación de éstos en casos de rezago y la mantención en sus establecimientos educacionales, a fin de que logren finalizar la educación primaria y secundaria. Esto, considerando su edad, necesidades y trayectorias educacionales, junto con evitar posibles dinámicas estigmatizadoras u otras que desencadenen procesos de desescolarización. Además de ello, son relevantes aquellas gestiones con centros de educación técnica, educación superior, formación profesional u otro afín, que sirva de plataforma para una carrera profesional u oficio. En este sentido, toman relevancia los cursos SENCE, vinculación con la sociedad civil y empresas, y el Convenio vigente con Subsecretaría de Educación Superior[19].

Respecto a la articulación con servicios de protección social, el componente implica conocer y gestionar el acceso y buen uso de **otros sectores**, como es el caso de acceso a subsidios de arriendo y habitabilidad rural en MINVU, diversas oficinas y programas municipales, FOSIS, Registro Civil, Servicio Nacional de Migraciones, Casas de Transición a la Vida Adulta[20] y Comisarías locales. Además de ellos, el componente asume el abordaje y acceso a garantías, según fines requeridos, en atención a condiciones y situaciones específicas que presenta el/la adolescente y su familia, tales como condición de migrantes o situación de movilidad humana[21], pertenencia a pueblos originarios, población LGTBIQ+, situación de pobreza, entre otras.

Del mismo modo, el componente releva la relación permanente que se debe establecer con el Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, instancia derivante y que realiza seguimiento a través de los informes de avance respecto de los procesos de acompañamiento del Modelo Residencial Integrado. Al respecto, el equipo debe cumplir con los estándares necesarios para que sus decisiones técnicas sean consideradas por dicha instancia[22].

Por su parte, respecto de los **soportes comunitarios**, el componente apunta al rol articulador de la residencia con las organizaciones territoriales y espacios locales (Juntas de Vecinos, programas de emprendimiento, clubes deportivos o espacios culturales y recreativos, tales como plazas, parques, iglesias, entre otros) y las redes de

apoyo informal (vecinos, amistades, otros familiares) presentes y cercanas a su domicilio.

Para tal efecto, el equipo del Modelo Integrado indaga y conoce la percepción del/la adolescente y su familia respecto de las organizaciones presentes y activas en su entorno comunitario, y su interés en iniciar o mantener vinculación con estas instancias y en qué nivel, articulando posteriormente todos los apoyos locales requeridos en su entorno comunitario de referencia. Junto a ello, se explora e identifican también personas relevantes que pudieran constituirse en respaldo emocional, social, logístico o de otra índole, garantizando el trabajo respecto de las condiciones de seguridad y protección para el/la adolescente.

Tras la identificación conjunta de las mencionadas redes de soporte, el componente colabora en la gestión de aquellos que contribuyan significativamente al bienestar del/la adolescente y a disminuir el estrés de la familia que busca reasumir su cuidado, plasmándolo en los objetivos planteados en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U).

Frecuencia

El componente tiene una frecuencia mínima de una prestación semanal con el/la adolescente y una con su familia[23].

7.3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN

El proceso de intervención a desarrollar por el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia consta de cinco etapas: **1. Ingreso y Acogida Residencial**; **2. Ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U)**; **3. Ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado**; **4. Sostenibilidad de los cambios y 5. Egreso**. Todo el proceso contempla un plazo de acompañamiento de **18 meses**[24].

Es preciso que, antes del ingreso de los/las adolescentes al Programa, se requiere que el espacio físico se encuentre habilitado, así como también que estén definidas las funciones y los roles de cada profesional y técnico del Equipo Integrado, de manera clara, y las relaciones entre ellos. Asimismo, todo el equipo debe estar **capacitado en la práctica informada en trauma, la propuesta de abordaje para la co-regulación emocional de los/las adolescentes y en conocimiento de los protocolos** a aplicar en la residencia, a fin de que se encuentre preparado para desarrollar la Residencialidad Terapéutica, que es la base sobre la que se desarrolla el Acompañamiento Terapéutico Individual para la resignificación y el Acompañamiento Terapéutico Familiar.

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



7.3.1 INGRESO Y ACOGIDA

Antes del ingreso de las/los adolescentes a la residencia, el/la Director/a y los/las Trabajadores/as sociales del equipo integrado identifican la Oficina Local de Niñez del territorio y otras redes sectoriales y/o comunitarias pertinentes a la intervención, con el fin de conocerlas, coordinarse y establecer acuerdos de colaboración, según el objetivo de cada una. En el caso de las OLN, dicha coordinación y acuerdos dicen relación con articular el acceso a prestaciones sociales de protección universal. En caso de que se trate de una residencia que ya ha sido implementada, el rol de el/la Director/a es mantener la alianza con las redes señaladas en pro de los acuerdos de colaboración establecidos en favor de las/los adolescentes y sus familias.

En esta primera etapa, cuya duración es de **30 días hábiles (o 6 semanas)**, se sientan las bases para la construcción de una relación de apoyo y colaboración entre el equipo y el/la adolescente, en la cual se procura que tanto ellos/ellas como su familia se sientan escuchados/as, contenidos/as y partícipes del proceso, explicitando el rol del Modelo, respondiendo a sus dudas y brindando los apoyos que requieran en lo inmediato.

Esta etapa considera la ejecución de dos procesos que se desarrollan de manera simultánea: **(1) Acogida terapéutica**, **(2) Procedimiento técnico - administrativo** (contiene asignación de cupo, registro de ingreso y la conformación del equipo asignado; revisión documental; inicio de visitas familiares y otros relevantes; activación intersectorial inicial; y un proceso final de ajuste del Plan de Intervención Individual).

La etapa se inicia con la recepción del documento de solicitud de ingreso emitido por el ente derivante que, en este caso, es exclusivamente el Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, y culmina con la realización de la o las primeras entrevistas con la familia de el/la adolescente. Para su implementación se cuenta con un plazo de 6 semanas, una vez que el Director/a ha elegido el Equipo Asignado para cada adolescente (y su familia), conformado por un/a Psicólogo/a o Trabajador/a Social + un/a Cuidador/a Terapéutico (ambos del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico), un Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, + un Terapeuta Ocupacional del Programa de Preparación para la Vida Independiente.

Durante esta etapa se realizan **5 procesos/acciones**:

- Registro de ingreso y conformación de equipo asignado
- Acogida residencial
- Revisión documental
- Inicio de visitas familiares y otros relevantes
- Activación intersectorial inicial

a. Registro de ingreso y conformación de equipo asignado

Dado el proceso de asignación de cupo al Programa que realiza el/la Director/a Regional a través de plataforma informática del Servicio (SISPE)^[25], comunica la asignación al Tribunal derivante y al proyecto que corresponda en forma paralela.

Luego de lo anterior, cuando cada proyecto recibe la orden de ingreso emitida por el Tribunal de Familia o con competencia en familia, el/la Director/a del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado envía oficio a dicha instancia para **solicitar acceso a la plataforma informática del Poder Judicial y el Certificado de Redes/Hijos**, a fin de conocer los antecedentes de la medida de protección y activar tempranamente el acceso a información sobre otros miembros de la familia nuclear o extensa a contactar por el/la profesional a cargo del proceso de reunificación familiar.

Una vez asignado el caso desde el/la Directora/a Regional e informado al Tribunal, el/la Director/a del Modelo de Acogimiento Residencial Integrado, en forma simultánea al ingreso del/la adolescente y su familia a los tres programas que lo conforman (Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, Fortalecimiento y Revinculación Familiar y Preparación para la Vida Independiente), realiza el **registro del ingreso** del/la adolescente en el Sistema Informático del Servicio de Protección (SISPE), para lo cual el/la Directora/a realiza el registro de ingreso del/la adolescente en el sistema, en un plazo de 24 horas hábiles, cuya fecha de ingreso efectivo marca el inicio del proceso de acompañamiento residencial terapéutico.

El/la Director/a **define el Equipo Asignado** que será responsable del acompañamiento directo y permanente al/la adolescente y su familia, constituido por cuatro integrantes: un/a Psicólogo/a o Trabajador/a Social + un/a Cuidador/a Terapéutico (ambos del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico), un Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, + un Terapeuta Ocupacional del Programa de Preparación para la Vida Independiente.

Las consideraciones basales en esta definición será, por una parte, resguardar la presencia de la mirada psicosocio-ocupacional, a fin de que los distintos miembros que integran el equipo asignado confluyan en un modelo de atención interdisciplinario e integrado y; por otro, que el/la profesional que se defina para liderar los objetivos de cada Programa posea las características personales y técnicas más idóneas para acompañar, ya sea: el proceso de acogimiento residencial con el/la adolescente (Psicólogo/a o Trabajador/a Social), el proceso de reunificación familiar (Psicólogo/a o Trabajador/a Social), y el proceso de preparación para la vida independiente (en este último caso, se trata siempre de un Terapeuta Ocupacional).

b. Acogida terapéutica residencial

La acogida terapéutica residencial es entendida como un proceso, el cual si bien es liderado por el/la Director/a, lo hace en coordinación con el Equipo Asignado (psicólogo/a o Trabajador/a Social + Cuidador/a Terapéutico), requiriendo la participación y cooperación del Equipo Integrado en su conjunto, en consideración a que cada adolescente tiene tiempos únicos de adaptación, pudiendo ser incluso un desafío de mediano a largo plazo para algunos/as. Pese a ello, en el primer mes se tendrán que desarrollar acciones especialmente enfocadas para favorecer su adaptación al espacio residencial como un espacio de seguridad, con acciones conscientes y sensibles por parte del equipo integrado para favorecer una adecuada vinculación y sentido de pertenencia al espacio terapéutico residencial que recién integra.

En los casos en que sea posible, es decir, cuando se trate de un/a adolescente que ingrese de otro proyecto de cuidado alternativo y/o no bajo la calidad de ingreso inmediato o de urgencia, el equipo de la residencia debe realizar la **preparación para el ingreso** con las acciones de ajuste, tales como, habilitar el espacio que se le asignará al comienzo (habitación y otros), dar aviso a los/las demás adolescentes ya ingresados, revisar la información que se disponga al inicio con la finalidad de realizar acciones para que su llegada sea acogedora y segura para todos y todas (adolescentes y equipo del modelo integrado). Cuando no sea posible prever con demasiada antelación respecto del ingreso de un/a adolescente, se realizan las acciones señaladas apenas se tome conocimiento de aquello (y algunas de ellas previamente, como la de tener preparado un espacio habitacional y la conformación del equipo de ingreso y acogida), a fin de que él o ella perciba, pese a lo inmediato de su llegada, una bienvenida cálida y acogedora.

La planificación también implica elegir previamente un **Equipo de Ingreso y Acogida**, compuesto por un miembro del Equipo Asignado, ya sea el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social, un/a Cuidador/a de turno y, si es viable y oportuno, un/a adolescente colaborador, dada la importancia que tiene en esta etapa de la vida el grupo de pares, y la influencia positiva que él o ella podría ejercer en la estadía del/la adolescente en la residencia. Con ello colabora el/la Director/a cuando se encuentre presente en la residencia.

La misión de este equipo es darle la bienvenida y primera acogida a el/la adolescente tras su llegada a la residencia, orientar en el funcionamiento de la casa y normas de sana convivencia y, a la vez, estar atentos a sus necesidades (fisiológicas, psicosocioemocionales y cognitivas) manifiestas explícita o implícitamente, velando para que éstas sean satisfechas durante esta primera etapa. Brindar un ambiente grato es tarea de todos/as quienes habitan y trabajan en la residencia, pero en esta fase el equipo de ingreso y acogida tendrá mayor injerencia en esta

etapa (UNICEF, 2024).

Respecto de la elección del/la adolescente que se elija como colaborador en este proceso (el cual se espera que vaya cambiando, de modo tal que todos en algún momento ocupen ese rol), se espera que lleve al menos 3 meses de convivencia, y que sea percibido por sus pares y también por el equipo como colaborador en el proceso de acompañamiento de otro/a adolescente. Otras características que contribuyan a esta elección, a modo de sugerencia, podrían ser (UNICEF, 2024): Haber presentado un comportamiento socioafectivo relativamente estable, participar de manera activa en la rutina de la residencia, pedir ayuda cuando lo siente necesario, manifestar una actitud de responsabilidad con sus tareas - tanto escolares como de la vida diaria-, mostrar interés voluntario por tener ese tipo de rol en la residencia u otras que el equipo estime. Sin embargo, el equipo debe promover y buscar la forma que todos/todas en algún momento ocupen dicho rol y, por tanto, se deben ajustar las características señaladas a los/las participantes de la residencia.

Desde el enfoque y práctica informada en trauma, el equipo debe planificar también la forma en que acogerá a cada adolescente cuando ingrese, considerando (con el paso de los días) su historial temprano de adversidad y experiencias traumáticas, así como el impacto de la separación abrupta de sus familias. En este escenario, puede ser usual que él/ella se sienta contrariado/a, lábil, molesto/a, asustado/a, triste, desafiante o manifieste otras emociones que requieren ser comprendidas y abordadas desde esta práctica. Es así que la Residencia debe contar con un **diseño general de acogida**, pero su implementación debe responder de manera **flexible y adaptable** a las necesidades y características individuales de cada adolescente. Asimismo, es clave que desde un inicio el Equipo asignado responda de manera sensible a sus particularidades, proporcionándoles experiencias enriquecedoras y terapéuticas en un entorno vital que les proporcione una "sensación de normalidad" (Holden, 2023), para lo cual se establece el diseño y planificación de una rutina general de la residencia, clara y predecible (conocida por todos/as), para luego y, a medida que el conocimiento mutuo se vaya ampliando, sea posible ajustar la rutina a las características y necesidades particulares del/la adolescente. Cabe señalar que la implementación de la rutina se realiza desde un enfoque formativo y no impositivo.

El proceso de acogida comienza desde que el/la adolescente llega a la residencia, tras lo cual se realiza la **entrevista** a objeto de conocerlo/la e iniciar formalmente el acompañamiento en el proceso de acogida. Desde esta perspectiva, el principal propósito de la acogida es que el/la adolescente comience a **percibir la residencia como un espacio seguro**, para lo cual el equipo en su conjunto, a través de sus prácticas cotidianas e interacciones, tiene la responsabilidad de desplegar distintas estrategias que favorezcan la percepción de seguridad en el/la adolescente, a partir de un espacio físico acogedor, que responda de manera cálida a sus necesidades (esto implica asegurar alimentación de calidad, servicios de higiene, regulación de temperatura, enseres personales, entre otros), mostrarle que está en un entorno protegido y predecible, en el cual puede ir confiando paulatinamente y aprendiendo nuevas formas de relacionarse. El equipo integrado, en su conjunto, a través de cada acción (u omisión) debe generar un entorno que reduzca las tensiones y situaciones de conflicto, creando, a la vez, un ambiente que promueva su deseo de participar y mantenerse en ello (incluso cuando le sea difícil), brindando oportunidades para desarrollar procesos de aprendizaje.

En términos operativos, el Equipo de Ingreso y Acogida le da la bienvenida y primera acogida al/la adolescente al momento de su llegada, tras lo cual debe explicarle las razones de su llegada a la residencia, en un lenguaje comprensible a su edad y características, mostrando una actitud terapéutica de disponibilidad para acoger y validar sus emociones y la expresión de éstas, y de disponibilidad afectiva y sensible al proceso que está viviendo.

En la medida que el/la adolescente se encuentre receptivo y con mayor apertura a este nuevo contexto, se le podrá acompañar a recorrer las dependencias, presentarle a los otros/as adolescentes y a los/las adultos/as que se desempeñan en este entorno. Se le explica cómo se organiza la residencia, sus rutinas y horarios, las tareas que realiza cada integrante del equipo, qué adulto/a estará a su cargo, a quién recurrir en su ausencia, mostrarle su dormitorio y también los acuerdos de convivencia que garantizan que el espacio residencial sea un espacio seguro. Estas acciones pueden realizarse un momento más tarde de su llegada, al día siguiente, o en los días posteriores, dado que se privilegia que la acogida sea un proceso flexible y respetuoso, ya que la experiencia de llegar a la residencia requiere tiempo para ser registrada/procesada. El *timing* [26] de las acciones dependerá del estado emocional del/la adolescente y de la lectura que realice el/la adulto/a a su ánimo, de cómo se va sintiendo el/la adolescente y los posibles problemas de adaptación que pudiera presentar para contenerlo/a, apoyarlo/a e ir proporcionando más información, respetando sus tiempos en todo momento.

A medida que los miembros del equipo integrado actúen de manera segura, protectora, predecible y consistente, el/la adolescente se sentirá acogido/a, lo cual le permitirá paulatinamente su incorporación a la rutina y familiaridad con la residencia, favoreciendo que ésta sea una experiencia de recuperación y resignificación de sus historias de desprotección.

El **acompañamiento** que se le brinde al/la adolescente **durante los primeros días** (semanas) será fundamental para el logro de la adherencia. Así también, lo será la **promoción de su integración**, a lo cual contribuye el desarrollo de actividades lúdicas que la faciliten, pudiendo ser útiles las dinámicas rompe hielo y juego que requieran la participación de todos/as (dinámicas de cantos, repetición, juegos de rol, u otras) (UNICEF, 2024).

Durante el primer mes, el equipo asignado debe observar con qué profesional de este equipo el/la adolescente ha logrado vincularse o depositar confianza en mayor medida respecto de otros, luego de lo cual se propone que opere como profesional **de Referencia**. (Sename, 2021; UNICEF, 2024). Es preciso destacar que actuar como profesional de referencia corresponde a un rol (no un cargo), el cual puede ser ostentado por cualquier profesional del Equipo Asignado y, por tanto, se espera que no sea un rol rígido, sino que puede variar a medida que el/la adolescente vaya conectando y confiando también en otras personas que componen este equipo.

Es muy importante que durante toda la estadía y, especialmente durante las primeras semanas, el ambiente residencial otorgue predictibilidad y, a la vez, flexibilidad, esto quiere decir que el/la adolescente debe conocer las actividades que se desarrollarán durante el día a día en la residencia, sus horarios, días en que será visitado por su

familia de origen, entre otras acciones que son parte de la cotidianidad. Un aspecto central a incluir en este proceso con todos los/las adolescentes, es informarle sobre el motivo que generó el ingreso a la residencia, y las acciones que se harán para que la estadía en este lugar de acogimiento transitorio sea lo más breve posible y/o se generen todas las acciones necesarias para un egreso en condiciones que garanticen su bienestar. Todo ello proporcionará mayor seguridad y confianza durante su estadía, puesto que el/la adolescente viene de un entorno familiar, probablemente, con un estilo relacional y pautas de interacción diferentes. Lo anterior, debe ser propiciado por todo el Equipo Integrado.

c. Revisión documental

Una vez definido y conformado el Equipo asignado y, mientras se desarrolla el proceso de acogida al/la adolescente, el equipo debe realizar el proceso de revisión documental durante los primeros días desde la llegada del/la adolescente a la residencia, requiriendo para ello recopilar, dar lectura y análisis a los antecedentes que acompañan la derivación del/la adolescente, partiendo por la resolución judicial, el Informe de Diagnóstico y Plan de Intervención Individual emitido por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado y toda la documentación técnica que se tenga a la vista, a fin de conocer a cabalidad los antecedentes que determinaron su ingreso a la oferta de cuidado alternativo residencial, y analizar los antecedentes disponibles para considerarlos en el ajuste al Plan de Intervención Individual Unificado. Este paso es necesario dado que la situación familiar y/o proteccional del adolescente podría haber tenido cambios sustantivos o cualitativos desde que se emitió el Informe del Diagnóstico Clínico Especializado y, por ende, será necesario actualizar dichos antecedentes, mediante el ajuste al PII-U.

Junto con ello, se crea su carpeta individual (física y digital) que contenga todos los antecedentes proporcionados por el ente derivante y los demás documentos que respalden el proceso de intervención desde ese momento en adelante, pues se constituyen en el medio de verificación del proceso de intervención para el propio proyecto, para el proceso de supervisión del Servicio, y para la propia entidad Colaboradora Acreditada que implementa el proyecto de cuidado alternativo residencial.

d. Inicio de encuentros familiares

A fin de garantizar la continuidad de la vinculación entre el/la adolescente y sus referentes familiares y otras personas relevantes, será fundamental desde esta fase propiciar espacios para retomar la vinculación en este nuevo espacio de seguridad. Es prioritario que, durante los primeros 5 días a partir del ingreso del/la adolescente al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico, se propicie el primer encuentro familiar (anteriormente llamado "visitas"), junto con que la familia de origen conozca al equipo que los acompañará terapéuticamente. Para ello, el/la profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico, + el profesional del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, como representantes del Equipo asignado, previa coordinación, acuden al domicilio para presentarse de manera conjunta a la familia, para dar cuenta del proceso de acompañamiento por parte del Modelo Residencial Integrado, sus objetivos y el alcance de la intervención, la importancia de su participación en las actividades que se convoquen, aclarando dudas al respecto, concordando a modo preliminar los próximos encuentros y horarios de visita, a menos que exista una resolución judicial que impida el contacto de algún adulto/a de la familia con el/la adolescente.

Asimismo, en los casos en que no sea posible iniciar/realizar los encuentros familiares con algún miembro de la familia de el/la adolescente, ya sea por medida cautelar de prohibición de acercamiento decretada por el juez y/o porque éstos atentan contra el interés superior de el/la adolescente, el/ella tiene derecho a ser informado con claridad respecto de la imposibilidad de realizar estos encuentros en tanto dure la medida cautelar y/o se determine que es posible realizarlos sin ver afectado su interés superior. En este caso, los profesionales del equipo asignado deben informar la situación, el motivo de ello, junto con las condiciones que deben ocurrir para que se pueda revertir esa medida, así como los eventuales escenarios judiciales posibles. Ello, si bien puede ser percibido como algo negativo por parte de el/la adolescente en un inicio, puede contribuir a la predictibilidad y seguridad que requiere desde el comienzo de su proceso terapéutico, previniendo eventuales situaciones de desregulación emocional y/o conductual.

En los casos que no existe tal imposibilidad, es importante considerar que, en los próximos encuentros con la familia, en la medida que sea pertinente, se vaya integrando al Cuidador/a Terapéutico/a cargo del acogimiento residencial y al Terapeuta Ocupacional a cargo del proceso de preparación para la vida independiente que se definieron para el proceso de acompañamiento al/la adolescente y su familia de origen, a fin de que la familia conozca a la totalidad de los miembros que conforman el Equipo Asignado que acompañará su proceso de intervención, explicando, a su vez, el propósito de sus tareas y cómo se desarrollará el trabajo conjunto.

Durante las primeras entrevistas con la familia de origen se presentan los alcances del Modelo Residencial Integrado, presentándolo como una instancia de apoyo a la revinculación familiar y una oportunidad de desarrollo para el/la adolescente, aludiendo -además- al motivo de ingreso de forma no amenazante, sino más bien como una invitación a formar, en conjunto, una alianza colaborativa en favor de él/ella. Además, se les debe mencionar que se informará al Tribunal con competencia en familia sobre el ingreso efectivo del/la adolescente y su grupo familiar, así como los avances periódicos de la intervención, otorgando claridad y transparencia al vínculo que recién comienza a construirse.

Las visitas en el domicilio con el/la adulto/a de la familia que asumía el cuidado antes del ingreso están dirigidas también a conocerlo/a, e iniciar una relación de colaboración, empatizando respecto de los efectos generados por la separación del/la adolescente del entorno familiar. Además, se levanta información que resulte útil y relevante para el acompañamiento terapéutico residencial al/la adolescente, tales como temas de salud, requerimientos de tratamientos o cuidados especiales, sus rutinas previas, juegos, referencia a grupo de pares, vestuario y alimentos preferidos, percepción acerca de las situaciones que lo/la desregulan, formas que utilizaba para tranquilizarlo/a y eventuales recursos que contribuyan a su bienestar en el contexto residencial. Finalmente, se explora su perspectiva respecto de las personas significativas para el/la adolescente y se coordinan detalles para el primer encuentro (si aún no se ha dado), lo cual se facilita aportando el costo de la movilización desde el proyecto[27].

cuando la familia lo requiere.

Por otra parte, en casos excepcionales de adolescentes ingresados/as de urgencia[28] a la residencia, que carecen de la evaluación que realiza el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, éste último realiza el diagnóstico y elabora el Plan de Intervención Individual mientras se encuentra interviniendo el Modelo Residencial Terapéutico Integrado. En consecuencia, el/la Director/a gestiona una reunión con el equipo de dicho Programa, a fin de evitar la sobreintervención y definir las acciones prioritarias y propias de cada equipo, y los canales de comunicación que se utilizarán mientras esperan la emisión del informe de diagnóstico clínico especializado y el plan de intervención, lo cual debe quedar registrado en un acta de acuerdos.

e. **Activación intersectorial inicial**

Dado que la fase de ingreso tiene una duración de 30 días hábiles, en esta fase se realizan las primeras coordinaciones con las instituciones responsables de garantizar los derechos sociales, de salud y educaciones en primera instancia, a fin de activar sus prestaciones en los distintos ámbitos. Es así como el profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico se coordina con el sector **educativo**, para garantizar el acceso a la educación acorde al nivel de escolaridad y necesidades pedagógicas del/la adolescente, así como con el sector **salud** para la inscripción al centro de atención primaria de salud correspondiente al territorio donde se emplaza la residencia. En esta primera fase también será necesario la coordinación con **otros sectores**, activando los procedimientos para condiciones y situaciones específicas que presenta el/la adolescente y/o su familia, por ejemplo, encontrarse en una situación de migración y/o de movilidad humana o pertenecer a pueblos originarios, entre otras.

7.3.2 AJUSTE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII-U)

El Informe de la evaluación y el Plan de Intervención Individual elaborado por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado son la base de la planificación del acompañamiento profesional que proporcionará la residencia. Contiene una conclusión respecto de nivel de desprotección en el cual se encuentra el/la adolescente, en base a una evaluación realizada a partir del estudio de cuatro dimensiones, a saber: (1) Características de la situación de vulneración; (2) Situación del/la adolescente; (3) Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores/as y (4) Características contextuales o del entorno.

Dicho Plan debe ajustarse para incluir los objetivos y acciones específicas del equipo asignado transformándose, de esta manera, en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U), el cual mantiene los mismos ámbitos de intervención. Es decir, un ámbito individual (referido al/la adolescente), familiar (referido a la familia de origen u otra con la que se proyecte el cuidado familiar estable) y comunitario (referido a la articulación de redes intersectoriales y comunitarias de apoyo al/la adolescente y su familia de origen).

Por lo tanto, el equipo asignado no debe realizar un nuevo diagnóstico, pues ya cuenta con uno, pero sí revisar si hubo modificaciones en la situación proteccional, lo que incluso podría no justificar la permanencia del/la adolescente en acogimiento residencial, en cuyo caso, se debe informar a la brevedad al Juez con competencia en familia.

Asimismo, al analizar la información disponible el equipo puede determinar si se requiere indagar y/o actualizar algún aspecto específico de las dimensiones ya mencionadas, que aporte a la particularidad de las intervenciones que realice el Modelo Residencial Integrado, triangulando información de ser necesario. De esta manera, con los insumos antes señalados, se deben realizar los ajustes al Plan de Intervención Individual inicial, transitando a uno Unificado (PII-U), el cual será el instrumento técnico compartido que orienta la intervención residencial y familiar.

El PII-U es un instrumento técnico que integra la visión del equipo en coherencia con los hallazgos del diagnóstico y la opinión del/la adolescente, su familia, y eventualmente otros actores intervinientes que atienden a el/la adolescente (profesionales de otros programas de protección, educación, salud, u otros). Lo cual requiere que, en primer lugar, sean informados respecto de sus derechos y el alcance de la intervención residencial, como también cuáles son los mecanismos concretos de participación que favorecen su inclusión.

El Plan de Intervención Individual Unificado se elabora en reunión del equipo asignado con el/la adolescente, la familia de origen o con la que se proyecta el cuidado estable. En este contexto se presenta la descripción de la situación actual del/la adolescente, haciendo referencia a las 4 dimensiones del diagnóstico clínico especializado y a la permanencia o cambio en las variables valoradas al ingreso, integrando las evaluaciones específicas realizadas por los/as profesionales.

Los participantes en la reunión elaboran un listado de las fortalezas y/o recursos a tener presentes durante el proceso de acompañamiento y de las debilidades y/o áreas de mejoramiento; posteriormente, ajustan el Plan de Intervención Individual Unificado. Se define en conjunto el objetivo general para cada ámbito del Plan, que es la meta o logro general de cambio al que se pretende llegar y los objetivos específicos que corresponden a la meta que se quiere alcanzar en el corto plazo. Se debe consignar quién propone esta meta, si son los/as profesionales, el adulto de la familia de origen u otro cuidador/a, o si es consensuada. Asimismo, se deben acordar los criterios de logro, es decir, cuándo se considera que se obtuvo el cambio esperado.

Considerando lo anterior, los/as profesionales que componen el Equipo asignado establecen responsabilidades respecto de su ámbito de competencia, tomando acuerdos para garantizar sinergia durante el proceso interventivo en función del bienestar del/la adolescente durante su estadía en la residencia y en la proyección hacia el cuidado familiar estable, acordando actividades que deben ser concretas y posibles de realizar, y tener un/a responsable.

Como se ha indicado, lo esperable es que el proceso de ajuste sea realizado en conjunto con el/la adolescente y su familia de origen. Si lo anterior no es posible, ya sea porque el/la adolescente se encuentre en un estado emocional que dificulte esta construcción o porque los padres o cuidadores se muestren reacios a la colaboración o, incluso, porque exista una disposición del Tribunal que lo impida u otras situaciones que imposibiliten dicha co-construcción, se debe, en todo caso, presentar el PII-U para favorecer su conocimiento y que lo retroalimenten en la medida de

sus posibilidades e interés por participar. No obstante, en todos los casos se deben implementar estrategias que favorezcan su participación activa en los futuros ajustes del PII-U.

Cabe destacar que todas las acciones señaladas en la etapa de ingreso y el ajuste del Plan de Intervención Individual deben realizarse en un **plazo máximo de 30 días hábiles (6 semanas),** tras el ingreso efectivo de un/a adolescente a la residencia.

7.3.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL UNIFICADO

La etapa de Ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) es liderada por los/las profesionales del Equipo Asignado, con apoyo de los/las demás miembros que componen el Equipo del Modelo Residencial Terapéutico Integrado en su conjunto (o Equipo Integrado), y se realiza en un **tiempo máximo de 10 meses**[29] luego del primer ajuste al PII-U realizado al finalizar la etapa de Ingreso.

Es importante recalcar que las/los integrantes del Modelo Residencial Terapéutico Integrado ponen al servicio de los/las adolescentes y las familias u otros adultos que participan de la modalidad sus competencias y recursos de manera conjunta, coordinada y complementaria. Dado lo anterior, a continuación, se abordan las acciones que exige la etapa de ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado, **algunas de las cuales se ejecutan en orden secuencial y, otras, de manera simultánea**, dado que la descripción de esta etapa se organiza desde el actuar de los 3 componentes de acción a la base de este Programa.

1. *Residencialidad Terapéutica*

El desarrollo del acompañamiento residencial terapéutico es liderado por el/la Directora/a más un/a profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social y los Cuidadores/as Terapéuticos, con la colaboración del Equipo del Modelo Residencial Terapéutico Integrado en su conjunto, y tiene a la base la **participación**, en tanto principio y derecho consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño/a, el cual debe ser considerado como un pilar de las diversas prácticas que sostienen el acogimiento familiar en atención a los mecanismos individuales y colectivos establecidos en los lineamientos del Servicio en esta materia, plasmados en el reglamento de participación[30].

A su vez, un pilar fundamental a la base es el **enfoque informado en trauma**, promoviendo de manera activa y permanente la concientización sobre las experiencias de trauma y el impacto de éstas en la vida de las/los adolescentes, al tener una comprensión sensible y empática en todo momento, brindando respuestas sensibles y coherente a dichas experiencias.

Por su parte, la permanencia de los/las adolescentes en la Residencia debe ser en sí misma un **espacio formativo**, que posibilite la experiencia de ejercicio de derechos y de resignificación, por tanto, todo su quehacer tiene un **propósito terapéutico**, sustentado en las teorías vinculares y modelos relacionales de intervención.

En este sentido, se debe destacar que el proceso de acompañamiento en esta etapa involucra en su ejecución a todo el Equipo Integrado de manera permanente, cuyas acciones desde este componente en esta etapa considera las **siguientes dimensiones: 1. Espacio Físico seguro; 2. Espacio Socioemocional seguro y 3. Espacio Ideológico – Cultural seguro**. La ejecución de las acciones en esta etapa debe contemplar las dimensiones antes mencionadas y abordar, al menos, cada uno de los ámbitos que se mencionan en su interior.

1. Espacio Físico seguro: Esta dimensión es liderada por el/la Director/a de la Residencia, con quien colaboran los/las Cuidadores/as Terapéuticos y los demás miembros del Equipo Asignado. Contempla tanto que, el diseño y habilitación de la **infraestructura** donde opere la residencia, por un lado; y la **ambientación** y organización de los espacios, por otro, propendan al desarrollo de una experiencia de seguridad, brindando un ambiente familiar hogareño, normalizador, sensible, cálido y seguro, el cual propicie un contexto físico reparador de las experiencias tempranas de adversidad y trauma y un desarrollo óptimo, desplegando todo su potencial para su vida presente y futura. Sumado a ello, contempla todas las acciones realizadas por el equipo destinadas a promover un entorno que **satisface las necesidades** físicas de los/las adolescentes, asegurando que experimenten una sensación de protección y estabilidad en su vida cotidiana dentro de la residencia.

La dimensión física es fundamental dado que, los múltiples efectos que tiene el trauma en el neurodesarrollo de el/la adolescente derivan en que fácilmente aparezcan estímulos gatillantes de sensaciones corporales que lo/la conecta con la vivencia traumática. Dado lo anterior, la sensación de seguridad física percibida por los niños, niñas y adolescentes es un factor determinante de sus respuestas reflejo. Por ejemplo, el Equipo Integrado, a través de los distintos roles, debe estar atento y dar respuesta contingente y oportuna a indicadores físicos, tales como las experiencias de frío, hambre, sueño u oscuridad (entre otros), las cuales no solo podrían interpretarse como desagradables por el/la adolescente, sino que además activan efectos físicos, tales como agitación o la activación del sistema simpático, de respuesta a situaciones amenazantes traumáticas, pudiendo producir angustias, descompensaciones, agitación psicomotriz y desregulación (UNICEF, 2024). Por tanto, en términos operativos, la consciencia del entorno físico y la identificación y respuesta a las necesidades físicas de los/las adolescentes por parte de los integrantes del Equipo del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado constituye una primera acción (permanente) para la prevención de estas conductas.

La residencia debe resguardar la seguridad de los/las adolescentes y el equipo, para lo cual es fundamental la protección respecto al exterior, incorporando medidas que resguarden la privacidad e intimidad de la residencia, al mismo tiempo que garantizar un adecuado equilibrio, con la idea de que dicho resguardo no se haga sentir como encierro o privación de libertad, lo cual sería perjudicial para los/las adolescentes (UNICEF, 2024). La materialidad de la infraestructura debe apuntar a la calma y seguridad de los/las adolescentes, para lo cual se recomiendan colores claros, principalmente el uso del blanco, evitando así colores demasiado vibrantes que conlleven a la activación emocional. Así como se recomienda el uso de madera que se asocia a la tranquilidad y disminución del estrés, junto a la inclusión de áreas verdes que permitan estar en contacto con la naturaleza (UNICEF, 2024). Por otra parte, el espacio físico debe permitir instancias de interacción con los miembros de todo el equipo -casa

espaciosa, diferentes espacios para conversar en el patio y al interior, así como también debe permitir la conexión entre pares: patio amplio que permita jugar, comedor en el que puedan comer todos/as juntos, sala de actividades, entre otros- (UNICEF, 2024).

Para el diseño de un ambiente residencial terapéutico es necesario construir espacios visualmente limpios, armónicos y tranquilos, ordenados, con mobiliario y equipamiento apropiado y de fácil uso para los/las adolescentes, que promuevan seguridad y posibiliten la autonomía progresiva. Por otra parte, se debe resguardar que los encuentros con las familias se den en un ambiente de intimidad, privacidad y sin interferir en la dinámica cotidiana de otros/as adolescentes.

La infraestructura, su mobiliario y espacios de esparcimiento deben adecuarse a las características de los/las adolescentes, promoviendo el compartir con otros, pero también asegurar espacios de privacidad cuando el/la adolescente requiera estar solo/a como una estrategia de autorregulación, siempre acompañado por un adulto/a (como, por ejemplo, el de referencia). Asimismo, la residencia debe permitir la exploración y el contacto con la naturaleza, por ejemplo, con la elaboración de un huerto, dado los beneficios asociados al cuidado, la producción y el trabajo en equipo, así como la posibilidad de decidir si los miembros de la residencia desean tener una mascota como una acción terapéutica de cuidado que potencie el bienestar y la salud de los/las adolescentes, en cuyo caso debe existir una tenencia responsable^[31] liderada por el/la Directora/a, promoviendo el involucramiento de todos/todas los que componen la residencia en acciones de cuidado, entre otros.

Muy importante para el **sentido de pertenencia** es que la **ambientación del espacio físico considere de manera protagónica la participación de los/las adolescentes**, partiendo por sus dormitorios hasta los espacios comunes, promoviendo la personalización de los espacios físicos como un aspecto que promueve el desarrollo de la identidad y la libre expresión de ésta, a través de actos concretos como favorecer la elección de colores para pintar las paredes y muros, decidir hacer murales o grafitis en algún lugar particular de la casa, participar en la decoración, dar espacio para disponer de elementos personales identitarios, como dibujos, fotografías, pertenencias personales, entre otros.

Favorecer el uso de cada dependencia en las actividades de la vida cotidiana de los/las adolescentes (tales como cocinar, hacer encuentros sociales, entre otros), contribuye de manera concreta al ejercicio de derechos y sentido de apropiación y pertenencia al nuevo espacio (físico) que integra.

2. Espacio socioemocional seguro: Al igual que la primera dimensión, la segunda la lidera el/la Director/a de la Residencia, con quien colaboran los/las cuidadores/as terapéuticos y los demás miembros del Equipo Asignado. Comprende la adecuada implementación de un ambiente residencial terapéutico orientado a satisfacer las distintas necesidades socio-emocionales de los/las adolescentes, lo cual se operativiza en los ámbitos descritos a continuación:

a. Relaciones basadas en el respeto y el afecto: Los miembros del Equipo integrado deben establecer relaciones a partir del buen trato, cuyas cualidades relacionales se basen en el respeto, la cercanía y el afecto en el vínculo *hacia* los/las adolescentes, promover este tipo de relación *entre* los/las adolescentes y *entre* el propio Equipo integrado. Esta forma de relación ofrecida en la residencia les permite vivir nuevas experiencias relacionales que les son gratificantes, representando una experiencia de contraste con lo vivido antes de ingresar. Este tipo de relación es la base para que el clima socioemocional de la residencia sea percibido como seguro y promotor de su recuperación, así como también clave para el desarrollo de su agencia personal y desarrollo identitario, mediante las actividades implementadas en la vida cotidiana. Para ello, el/la Cuidador/a Terapéutico/a y los demás miembros del Equipo Asignado, de acuerdo a su rol y dominio de acción, deberá/n responder a las necesidades socioemocionales de el/la adolescente, considerando su perspectiva y subjetividad, para lo cual interactúa desde una relación positiva, provista de afecto y de cuidado sensible, que contribuye a la percepción de seguridad de el/la adolescente y a responder/mejorar significativamente su funcionamiento emocional y conductual.

b. Coherencia y consistencia entre todos/todas: Ligado a lo anterior, se requiere que todas las acciones realizadas por los miembros del equipo integrado sean coherentes con los objetivos del Programa y siempre en beneficio del/la adolescente como ser individual, y también a nivel grupal, para lo cual debe existir articulación, coordinación y complementariedad de los roles y funciones de manera permanente, a fin de garantizar la congruencia entre los distintos miembros del equipo y, a su vez, entre el discurso y acciones, siendo un aspecto fundamental para la seguridad y predictibilidad del clima socioemocional de la residencia. Lo anterior, debe ser realizado mediante todas las acciones de la vida cotidiana de manera constante y permanente, dado que la repetición diaria de acciones de cuidado sensible, terapéutico y coherente permiten a los/las adolescentes ir modificando los circuitos que se activan ante situaciones de amenaza y, en su reemplazo, ir estableciendo conexiones neurobiológicas asociadas a la seguridad.

c. Ambiente normalizador en la vida cotidiana: Si bien ingresar a la residencia representa una historia marcada por una avanzada desprotección, esta condición no puede definir de manera única la vida de los/las adolescentes ni lo que ocurra dentro del espacio residencial, por lo que el Equipo Integrado debe ofrecer oportunidades de lo que otros/as adolescentes que no han vivido sus mismas historias también hacen. Brindar un ambiente que les de a los/las adolescentes una sensación de normalidad, se traduce en que se deben realizar actividades relacionadas con aspectos de la vida familiar y comunitaria lo más semejante posible a sus coetáneos, sin que se vean restringidos por sus experiencias de desprotección. Es así que el equipo liderado por el/la directora/a debe proporcionar experiencias típicas y saludables en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, tales como comprar ropa, ir a un cumpleaños u otra celebración, practicar algún deporte en un taller o academia del entorno comunitario, salir a comer a un restaurante cuando sea posible, recibir a algún/a amigo/a de visita en casa (la residencia), entre otras, lo que contribuye a disminuir la estigmatización y tener una experiencia normal de desarrollo que les permita sentirse incluidos, semejantes a los demás, valorados por lo que son y por lo que aportan al grupo y que, a la vez, sea un puente para cuando retorne a su residencia de origen (Holden, 2023).

d. Rutinas claras y flexibles: Para lograr una efectiva percepción de seguridad es fundamental contar con una

estructura residencial interna **clara y predecible**, que les permita a los/las adolescentes anticipar los sucesos del día a día y comprender el sentido de éstos, lo cual aporta a su percepción de estabilidad, seguridad y control. La predictibilidad implica saber qué ocurrirá y cuándo ocurrirá. Por el contrario, la imprevisibilidad impide ubicar los acontecimientos cotidianos dentro de un marco de referencia, lo que en adolescentes con trayectorias traumáticas puede ser vivido como amenaza, lo que se contrapone con la seguridad (UNICEF, 2024). Información como saber a qué hora se levanta, a qué hora come, a qué hora va al colegio, al taller, y cuando tiene un encuentro social, por ejemplo, otorga seguridad y estabilidad a la vida cotidiana.

La rutina debe ser elaborada con insumos de todo el Equipo asignado, relevando el rol del/la Terapeuta Ocupacional (de preparación para la vida independiente), debiendo el equipo elaborar una **rutina general** de la residencia terapéutica con los **ajustes y adaptaciones individuales** necesarios para cada caso, considerando el curso de vida adolescente y sus características de desarrollo. La rutina deberá incluir actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, estudios, sueño, ocio, recreación, entre otros aspectos), y otras actividades que surjan a partir de la estadía en el espacio residencial terapéutico, tal como los encuentros o visitas con sus familias, lo cual debe ser articulado con el/la profesional a cargo del proceso de reunificación familiar. Además, debe incorporar el desarrollo de actividades grupales que surjan a partir de los intereses de los/as adolescentes y/o a sugerencia del Equipo Integrado en encuentros o asambleas.

Si bien la rutina debe ser **flexible**, lo que permite dejar espacios para la improvisación y posibilita mostrar que -en ocasiones- la estructura se adapta a las circunstancias y contingencias de la vida cotidiana, se debe tener en cuenta que eventos inesperados por lo general pueden generar estrés en los/las adolescentes (y/o en el equipo), por lo que se deben tratar de integrar/controlar. Por otra parte, no basta con elaborar la rutina de manera participativa, habiendo incorporado la opinión de todos los actores relevantes, especialmente de los/las adolescentes y los/las cuidadores terapéuticos, sino que el equipo debe trabajar para incorporarla y socializarla con todos los miembros, psicoeducando de manera permanente respecto de los sentidos de las acciones e importancia.

e. Marco de Convivencia: Parte nuclear de la elaboración de la percepción de seguridad en el/la adolescente (y en todo el equipo), es generar una estructura de normas y límites y acuerdos de convivencia claros, el cual establezca los mecanismos a través de los cuales se resolverán los conflictos entre pares, orientando en torno a las relaciones cotidianas entre los/las miembros de la residencia. Ello permite brindarle estructura a los/las adolescentes y también a los cuidadores/as y a la totalidad de los miembros del Equipo Integrado, en tanto conocen previamente los mecanismos de actuación para mantener un clima socioemocional positivo, previniendo situaciones de desregulación emocional entre los/las adolescentes y, por otro lado, anticipa las consecuencias lógicas de las acciones, en caso de que se incumplan los acuerdos de manera individual o interpersonal, siempre en un marco del buen trato. Para su adecuado asentamiento y mantención el marco de convivencia se debe establecer de manera **participativa**, considerando la opinión de los/las adolescentes, tanto en espacios informales como formales (por ejemplo, en instancias del “Consejo Adolescente”^[32]), y que las normas y acuerdos de convivencia estén **visibles** dentro de la residencia, mediante un papelógrafo o póster y medio digital interno y protegido de la residencia (por ejemplo un perfil de red social, como Instagram o Facebook, administrada por el/la Directora/a o miembro del Equipo asignado y donde sólo estén los integrantes de la residencia) que permita su fácil visualización. Finalmente, es necesario que el marco de convivencia se vaya **revisando y ajustando** cada vez que se requiera o con al menos una frecuencia cuatrimestral, de manera que éste haga sentido (o siga haciendo sentido) a los miembros antiguos y nuevos que integran este espacio residencial terapéutico.

f. Sentido de competencia (percepción de que “soy capaz”) y autonomía: El ambiente terapéutico creado en la residencia debe transmitir al/la adolescente mensajes de altas expectativas, creyendo en sus capacidades para salir adelante, alcanzar sus metas y realizar sus sueños, siendo necesario conocer y aprovechar sus recursos, capacidades e intereses para instarlos/as a enfrentar nuevos desafíos y aprendizajes. Por otra parte, el Equipo de Cuidadores Terapéuticos, especialmente, debe instarlos a participar en actividades desafiantes (pero posibles) acorde a sus intereses, favoreciendo sus procesos de aprendizaje; el desarrollo de relaciones; el sentido de pertenencia al grupo, a ser creativos/as; aprender a resolver problemas y a contribuir y dar algo de sí mismos/as a los demás. En este sentido, el Equipo de Cuidadores/as Terapéuticos darán distintas responsabilidades relacionadas con ámbitos de la organización doméstica, liderar espacios de participación, actividades sociales realizadas al interior o exterior de la residencia, actividades en el ámbito educativo – laboral donde el/la adolescente vaya poniendo en marcha su sentido de competencia y autonomía (en este trabajo colabora el/la Terapeuta Ocupacional del Programa de Preparación para la Vida Independiente).

El desarrollo de competencias requiere el fomento del empoderamiento y participación de los/las adolescentes. En el marco de la recuperación de las experiencias de trauma y el desarrollo de la autonomía progresiva, la sensación de decisión, control y validación de la opinión son fundamentales. Las instancias de encuentro, “Consejo Adolescente” o reuniones de la residencia en las que se tomen en cuenta el punto de vista de los/las adolescentes en aspectos de la vida cotidiana, discusiones sobre su plan de intervención y cualquier otro aspecto contribuye a empoderarlos y desarrollar el sentido de competencia (UNICEF, 2024).

g. Práctica informada en trauma: Si bien se trata de un marco que es transversal a todos los componentes del modelo de acogimiento residencial terapéutico, se describen las acciones para garantizar su bajada práctica ligada a una residencialidad terapéutica. Es así, como todos los miembros del Equipo Integrado deben operar bajo la regla de las “**cuatro R**” (SAMHSA, 2014): **Recordar** en cada momento que la experiencia de trauma es frecuente y que su impacto puede ser profundo, **Reconocer** las señales (indicadores) de trauma en las reacciones y respuestas emocionales y conductuales de las/los adolescentes, **Responder** con actitudes y acciones sensibles y con los apoyos adecuados y, **Resistir** la re-traumatización, evitando en todo momento prácticas que pueden dañar aún más a los/as adolescentes que han vivido experiencias de trauma. Es así, que el equipo asume una forma de intervenir que responde con sensibilidad a la historia y trayectoria particular de cada adolescente, acompañándolo/a de manera cotidiana en su rutina, brindándole protección, seguridad, oportunidades de aprendizaje de nuevas formas de vincularse y resolver conflictos. Asimismo, el Equipo de Cuidadores/es Terapéuticos/as deben tener la capacidad de identificar los sentimientos que están a la base de los comportamientos del/la adolescente y activar estrategias

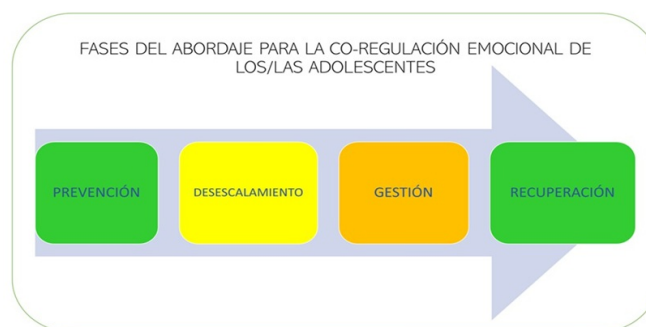
para co-regular[33] su estrés y calmarlo/a. Sin embargo, lo anterior no implica en ningún caso definir su identidad exclusivamente a partir de su historia de trauma y victimización, pues eso sería estigmatizante y reduccionista. Desde una práctica informada en trauma, el/la Directora/a debe disponer de espacios reflexivos de situaciones y comportamientos basados en el dolor ocurridas en la residencia, dándole al aprendizaje un lugar explícito dentro de la rutina de trabajo del equipo, de tal modo que les permita a los distintos miembros entender mejor el: cómo hacemos las cosas, por qué las hacemos de esta manera y cómo podemos hacerlas aún mejor (Dangerfield y Carrasco, 2024). Los espacios reflexivos formales deben ser liderados por el/la Directora/a de la residencia y deben establecerse cada vez que se requieran (para favorecer el clima socioemocional del equipo y posterior a que ocurra una situación que amerite una situación de aprendizaje para la co-regulación emocional de un/a adolescente), documentando por escrito los procesos reflexivos del equipo para utilizarlos posteriormente en el análisis de su progresión.

h. Clima socioemocional asociado a la prevención y abordaje para la co-regulación emocional: Conforme se desarrolle la estadia del/la adolescente en la residencia (incluso desde la etapa de ingreso), el Equipo asignado debe prestar especial atención a prevenir situaciones que requieran la co-regulación emocional/conductual de el/la adolescente, con acciones preventivas que apunten a favorecer un adecuado clima socioemocional en el espacio residencial. Ciertamente, el énfasis está en prevenir la ocurrencia de un suceso crítico que afecte severamente el entorno terapéutico y el bienestar de quienes participan en éste, pero es necesario actuar diligentemente y con aplomo cuando se desencadena, a fin de que la situación no escale y/o altere significativamente el clima del espacio residencial, generando inseguridad y/o incertidumbre en los/las adolescentes y el equipo.

En términos operativos, a continuación se describe la “**Propuesta de abordaje para la co-regulación emocional de las/los adolescentes**”, la que considera 4 momentos secuenciales que guían el abordaje del continuo Regulación – Desregulación – Co-regulación emocional y/o situación de crisis, siendo los siguientes: **1. Prevención, 2. Desescalamiento, 3. Gestión y 4. Recuperación**; todas ellas están descritas para efectos gráficos con los colores de la figura del “*semáforo*”, en el cual el verde implica el pase libre de las acciones descritas, el amarillo denota precaución y el naranja refiere a detener las señales de alerta y peligro, culminando nuevamente con el verde, referido a los aprendizajes obtenidos, fase crucial para la prevención de nuevos eventos. Se describe cada una de sus fases y acciones fundamentales, las cuales deben ser implementadas por el Equipo asignado.

Cabe señalar, que el Equipo asignado debe completar el “**Formato de Seguimiento de Aprendizajes para la Co-Regulación Emocional**”, que es la base para la implementación de estrategias para prevenir estados de crisis emocionales, así como para registrar eventos en que estas se producen y, una vez superadas, contar con instancias de aprendizaje a nivel de equipo y de toda la residencia. La importancia de que el Equipo asignado documente los eventos críticos que irrumpen en la cotidianeidad de la residencia reside en que permite revisar en retrospectiva cada incidente, obtener aprendizajes y elaborar estrategias para nuevas intervenciones o ajustes del Programa que reduzcan el riesgo de futuras crisis. El correspondiente registro de cada evento crítico debe describirlo, señalar el detonante, quiénes participaron, acciones realizadas para prevenir, desescalar, gestionar, además de las principales conclusiones construidas una vez la crisis concluyó, es decir, en la fase recuperación.

Finalmente, si bien la propuesta se describe en la etapa de ejecución, operativamente **se utiliza en todas las etapas del proceso de acogimiento residencial terapéutico** del/la adolescente, esto es: Ingreso, ejecución, sostenibilidad de los cambios y egreso.



Cabe señalar, que el Equipo asignado debe completar el “**Formato de Seguimiento de Aprendizajes para la Co-Regulación Emocional**”, que es la base para la implementación de estrategias para prevenir estados de crisis emocionales, así como para registrar eventos en que estas se producen y, una vez superadas, contar con instancias de aprendizaje a nivel de equipo y de toda la residencia. La importancia de que el Equipo asignado documente los eventos críticos que irrumpen en la cotidianeidad de la residencia reside en que permite revisar en retrospectiva cada incidente, obtener aprendizajes y elaborar estrategias para nuevas intervenciones o ajustes del Programa que reduzcan el riesgo de futuras crisis. El correspondiente registro de cada evento crítico debe describirlo, señalar el detonante, quiénes participaron, acciones realizadas para prevenir, desescalar, gestionar, además de las principales conclusiones construidas una vez la crisis concluyó, es decir, en la fase recuperación.

Finalmente, si bien la propuesta se describe en la etapa de ejecución, operativamente **se utiliza en todas las etapas del proceso de acogimiento residencial terapéutico** del/la adolescente, esto es: Ingreso, ejecución, sostenibilidad de los cambios y egreso.

Tabla 1. Propuesta de abordaje para la co-regulación emocional de los/las adolescentes.

PROPUESTA DE ABORDAJE PARA LA CO-REGULACIÓN EMOCIONAL DE LAS/LOS ADOLESCENTES[34]	
PREVENCIÓN: CO-CREACIÓN DE UN ENTORNO TERAPÉUTICO Y SEGURO	
<i>Acciones fundamentales</i>	<i>Ideas fuerza</i>
<p>Brindar un espacio físico cálido y acogedor.</p> <p>Desarrollar relaciones de confianza.</p> <p>Invitar a practicar nuevas habilidades.</p> <p>Comprender los comportamientos desafiantes.</p> <p>Construir una comunidad solidaria y fraterna.</p> <p>Estructurar en conjunto una rutina atractiva.</p>	<p>A fin de prevenir una crisis hay que estar constantemente poniendo atención a la percepción de seguridad del/la adolescente, teniendo presente que un sistema neurológico afectado por trauma complejo activa la respuesta de peligro ante muchos estímulos. Para prevenir la desregulación emocional que pueda gatillar en una situación de crisis, el Equipo asignado centra su accionar en satisfacer las necesidades básicas y desarrollo de cada adolescente, participando en la construcción de un vínculo genuino, coherente y afectuoso. Ello contribuye significativamente a incrementar su percepción de seguridad, reciprocidad y equilibrio de poder, haciendo menos probable que se produzcan comportamientos desafiantes o respuestas de estrés.</p> <p>Para lograrlo, es fundamental que el Equipo asignado actúe bajo un enfoque y práctica informada en trauma, debiendo la organización realizar capacitaciones y actividades formativas en este enfoque y sus implicancias, a fin que les permita aprender a ser conscientes respecto de los efectos que cada adolescente puede estar generando en las relaciones a partir de su historia, así como tener herramientas para gestionar oportunamente estas respuestas (emocionales/conductuales) y, a su vez, saber cómo ponderar las características del entorno que están influyendo en él/ella. Esto permite interpretar los comportamientos agresivos de/la adolescente (si los hubiera) como basados en el dolor y utilizar estrategias y habilidades que respondan a sus necesidades, reduciendo al mismo tiempo el potencial de contra-agresión por parte de los adultos cuidadores.</p> <p>Prevenir las crisis tiene que ver también con incluir al/la adolescente y su familia en los procesos de tomas de decisiones relativos a su cuidado, fomentar el intercambio de información, la diversidad cultural y proponer una rutina interesante y que estimule la participación.</p> <p>En suma, esta fase considera abordar todos los aspectos descritos en el componente de Residencialidad Terapéutica, que están operativizados en la fase de ejecución (espacio físico, espacio socioemocional, espacio ideológico cultural).</p> <p>Favorecer un clima socioemocional en la residencia que responda a un espacio de seguridad contribuye a prevenir conductas basadas en el dolor, al dar respuesta a las necesidades particulares de cada adolescente, acompañándolo/a de manera cotidiana en su rutina, brindándole protección, seguridad, oportunidades de aprendizaje de nuevas formas de vincularse y resolver conflictos. El disponer de espacios reflexivos para el equipo, que tengan como finalidad el abordar el impacto físico y emocional que le ocasiona a sus miembros la atención de adolescentes que han vivido experiencias de desprotección, aporta al cuidado del equipo y a mantener un clima socioemocional en estado de regulación, que a su vez contribuye a emitir respuestas sensibles a los/las adolescentes.</p>
DEESCALAMIENTO: REDUCIR EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD	
<i>Acciones fundamentales</i>	<i>Ideas fuerza</i>

<p>Validar los sentimientos del/la adolescente. Escuchar, comprender y responder.</p> <p>Respetar la distancia emocional.</p> <p>Invitar al/la adolescente para que se exprese. Realizar preguntas abiertas.</p> <p>Gestionar el entorno (objetos, personas).</p>	<p>En esta fase el/la adolescente se encuentra ya en un estado de alteración emocional (o con un nivel incipiente de desregulación emocional), ante lo cual será fundamental que cuente con una figura de confianza que brinde apoyo, comprensión y protección, a fin de que la situación no siga escalando.</p> <p>Es necesario tener en cuenta que incluso las situaciones ambientales más benignas pueden percibirse como amenazantes o abrumadoras para cada adolescente. Por ejemplo, que alguien "choque" accidentalmente con otro/a adolescente, él/ella lo podría interpretar como un ataque, provocando una respuesta de estrés. En estos casos en los que hay cierta activación del sistema simpático (responsable de poner a nuestro sistema en un estado de alerta, generando en el organismo estímulos que producen estrés y agitación), pero aún se mantiene conexión con la corteza (parte más evolucionada del sistema nervioso central, que controla el pensamiento, la conciencia, la atención, la memoria, el lenguaje, actividad motora y los sentidos), el/la cuidador debe transmitir señales de seguridad, con la mirada y tono de voz, brindando una respuesta estructurada, que lo ayude a conectar con el lenguaje y con eso identificar lo que necesita.</p> <p>Con la finalidad de evitar el escalamiento de una crisis, la actitud del/la cuidador/a debe ser esencialmente terapéutica y respetuosa en relación con lo que ocurre. También validadora de la experiencia del/la adolescente, haciendo más probable que él/ella lo/a visualice como una ayuda, un interés y una base segura. Cuando el/la adolescente está ansioso o enfadado, el apoyo y la presencia de un adulto afectuoso, pero no abrumadoramente afectuoso, puede ser el bálsamo que elimine parte del dolor que originó emociones como esas. Es indispensable que el/la cuidador/a establezca contacto visual (aun cuando no prolongado) y se enfoque completamente en quien está comenzando a tener una crisis. No se le debe dejar solo/a, pero hay que procurar no invadir su espacio. La intervención debe ser directa, es decir, se debe procurar conectar al/la adolescente, entregando señales de seguridad y transmitiendo que hay disposición a ayudarlo.</p> <p>Es fundamental la utilización correcta de técnicas que ayuden al desescalamiento, tales como: técnicas no verbales (manejo del silencio, tono de voz, expresión facial, contacto visual); técnicas de estímulo y obtención de información: "<i>mínimos estímulos</i>" los anima a poner en palabras lo que les pasa, expresar sentimientos y las fuentes de estrés (Ej. "ajá", "entiendo", "ya veo"; "<i>abrepuestas</i>" invita a el/la adolescente a ampliar un punto importante y obtener más información sobre lo que está sucediendo (Ej. "me gustaría escuchar más", "cuéntame más sobre eso"); "<i>preguntas cerradas</i>", útiles para aclarar un detalle relevante; "<i>preguntas abiertas</i>", los anima a dar más información y expresar sentimientos (Ej. "¿qué pasó antes?, ¿cómo respondió, ¿qué piensas de eso?"); "<i>respuestas reflexivas</i>", reconocen lo que el/la adolescente está sintiendo y se le devuelve de forma que le ayuda a comprender, gestionar y afrontar sus emociones (Ej., "estás preocupado/a por tu hermana", "escucho cómo te sientes", "yo también me sentiría mal si me cancelaran el encuentro con mi familia"); "respuesta empática", le permite al/la adolescente saber que ha sido escuchado/a y que hemos comprendido lo que les está pasando (Ej. "realmente estás luchando con esto", "lo estás pasando mal ahora mismo, ¿verdad?", "estás realmente molesto con esto"; "<i>resumen</i>", útil para ayudar a comprender el significado de lo que se ha dicho y/o aclarar confusiones (Ej. "de acuerdo, déjame ver si entiendo lo que te pasa, entiendo que estás entrando a una nueva escuela y esta vez quieres hacerlo bien.."). Técnicas de apoyo al comportamiento: apoyo ambiental y emocional: Dado que los/las adolescentes que han estado expuestos a experiencias traumáticas suelen tener dificultades para regular sus emociones y son propensos a presentar arrebatos emocionales/conductuales, éstas técnicas ayudarían a responder rápidamente a posibles condiciones negativas del entorno, tales como: "<i>gestión del ambiente</i>", "<i>indicación</i>", "<i>gesto de afecto</i>", "<i>ayuda con los obstáculos</i>", "<i>redirección y distracciones</i>", "<i>proximidad</i>", "<i>mensaje directivo</i>"; Técnicas de primeros auxilios emocionales: Brindan a el/la adolescente apoyo inmediato para reducir la intensidad emocional (co-regulación), contribuyen a identificar y resolver la angustia y permiten mantener a el/la adolescente en la actividad: Las estrategias son "<i>corregular las emociones: ser una presencia tranquila</i>", se trata de una forma de brindar ayuda a los obstáculos emocionales que permitan que se calmen (con nuestra compañía o co-regulación) para ayudarlos a pensar (Ej. "a mí también me daría mucha vergüenza si alguien me insultara delante de mis amigos", "eso ha sido realmente aterrador", "tranquilo, no pasa nada por enojarte"). "<i>Mantener la relación y las líneas de comunicación</i>", refiere a la capacidad y acciones para mantener la sintonía evitando la ruptura total de la relación con el/la adolescente, manteniendo abiertas las líneas de comunicación (Ej. "es decepcionante que haya terminado el tiempo del partido antes de que pudieras entrar a la cancha", "veo lo enojado que estás, estoy aquí para escuchar lo que quieras decirme sobre eso". "Planificar y anticipar: ser un entrenador", opera cuando el/la adolescente vuelve a estar en control de sus emociones y está preparado para continuar, se pueden dar apoyo genuino para continuar y anticiparse a los obstáculos (Ej. "cuando necesites ayuda con un ejercicio, puedes levantar la mano", "se lo bueno que eres para darte cuenta de que estás demasiado frustrado para continuar"), entre otras^[35].</p>
GESTION: MANTENER LA SEGURIDAD DE TODOS/AS	
Acciones fundamentales	Ideas fuerza

Respirar profundamente y exhalar lentamente.	A medida que no se puede evitar el escalamiento de una crisis, el/la adolescente tiene menor capacidad de gestionar sus emociones y comportamientos, ya que la amígdala (el “cerebro emocional”) envía el mensaje de peligro al “cerebro de supervivencia” y éste toma el control, limitándose el repertorio de respuestas para responder a las sugerencias e intervenciones verbales del/la cuidador/a. Cuando la crisis estalla, el/la adolescente puede mostrar signos de pérdida de control, pues se encuentra en modo de supervivencia y, eventualmente, realizar comportamientos dañinos o de riesgo para sí mismo/a, para otros/as adolescentes y para los/as mismos cuidadores. Por ello, llegado este punto, se debe velar prioritariamente por su seguridad y protección, y de todos/as quienes le rodean.
Observar las señales no verbales del/la adolescente.	
Hablar con calma, firmeza y mostrando respeto.	Los/as adultos/as cuidadores que se encuentren acompañando este momento crítico, además de reducir las lesiones potenciales en los/as adolescentes, proporcionan apoyo buscando reducir el estrés y aumentar la sensación de seguridad. Con ese fin, asume una postura neutral y una expresión facial de preocupación, intentando comunicarse con el/la adolescente a la altura de sus ojos, ofreciendo contención emocional y ambiental. La contención emocional busca dar soporte afectivo para calmar, mediante una interacción basada en el buen trato. En tanto, la contención ambiental se orienta a reducir o limitar los estímulos ambientales que puedan aumentar la crisis, evitando el riesgo de violencia. La tarea de organizar el espacio la realiza otro/a adulto/a del Equipo asignado que no sea la que se está desempeñando en la contención emocional.
Dar al adolescente espacio y tiempo.	
Evitar contacto visual prolongado.	
Quitar elementos que puedan ser de riesgo y/o utilizados como armas.	Para el logro de lo anterior existen técnicas y acciones específicas a utilizar en 3 ámbitos[36]: “Comunicación no verbal en situaciones de crisis”, serán cruciales para la gestión adecuada de la crisis: “observar las señales no verbales” (contacto visual, lenguaje corporal, espacio personal, altura y género, sensibilidad a las cuestiones culturales, control de los mensajes verbales y no verbales; “Elementos de una situación potencialmente violenta”, refiere a la valoración rápida de la situación y de las decisiones sobre cómo intervenir para contener o desescalar la crisis y, por tanto, requiere que el/los miembro/s del equipo tengan la capacidad de autoregularse. Implica identificar 4 elementos que son: El gatillante o la “chispa”, el “objetivo de la violencia”, las “armas” o elementos para causar daños y el “nivel de estrés o motivación” del/la adolescente. Estos mismos elementos se deben ponderar para luego reducir el riesgo de violencia. “Ayúdame a ayudarme a mí mismo: Co-regulación de la crisis”, requiere más que nunca que el/los miembro/s del Equipo asignado estén en control de sus propios sentimientos, pensamientos y acciones (capacidad de autoregulación), el cual, basado en su relación vincular y/o terapéutica con el/la adolescente, brindará apoyo emocional y ambiental, reduciendo el nivel de estrés y el riesgo para el/la adolescente, sí mismo/a y las demás personas de la residencia.
Alejar a la persona asociada con la crisis.	

RECUPERACION: APRENDER DE LO SUCEDIDO	
Acciones fundamentales	Ideas fuerza

Proporcionar una sensación de seguridad emocional.	El abordaje post crisis, una vez estén todos/as repuestos (adolescente/s y adultos/s), es un momento óptimo para aprender de ella; es dirigida por el/la adulto/a de confianza que apoyó al/la adolescente durante el incidente (puede ser el/la profesional de referencia u otro) y participan además el/la adolescente/s, un profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social y un/a Cuidador/a Terapéutico (y los demás profesionales del equipo asignado, y cuando sea pertinente, se suma a todos los miembros del equipo integrado. Es fundamental tener claro que el abordaje de la crisis no culmina en la fase de gestión, sino que se debe asegurar las acciones de la fase de recuperación, de tal forma que se transforme en oportunidad y crecimiento y de prevenir nuevas situaciones de crisis y mejorar las acciones del equipo para la implementación de la propuesta de abordaje para la regulación – co-regulación emocional. El objetivo de esta fase es apoyar a todos a recuperarse (adolescentes y adultos del Equipo Integrado) y alcanzar un nivel de funcionamiento mejor incluso que el que tenían previamente.
Colaborar para clarificar los acontecimientos.	
Restaurar la relación entre el/la adulto/a y el/la adolescente.	Cuando el/la adolescente se encuentre preparado para hablar, se busca un lugar tranquilo, de tal manera que se sienta protegido/a de la exposición o la sensación del ridículo y/o los sentimientos de vergüenza. La conversación se debe orientar a explorar la percepción del/la adolescente sobre la crisis y darle la oportunidad de expresar sus emociones, mentalizándolo/a (tratar de verlo/a desde dentro, qué estará sintiendo, qué estará pensando) y ayudándolo/a a aprender y a beneficiarse de una experiencia que, de otro modo, sería potencialmente peligrosa, destructiva y desmoralizadora.
Ayudar al/la adolescente a aprender a regular sus emociones.	
Enseñar habilidades adaptativas para responder ante la crisis.	
Regresar a la rutina cotidiana normal.	El análisis que se realiza una vez ocurrida la crisis busca resumir los sentimientos y los contenidos que emergieron durante el desarrollo de ésta, conectando el detonante con los comportamientos expresados y sus consecuencias. En conjunto, se revisa el incidente en retrospectiva, evaluando estrategias factibles de utilizar para no llegar a ese punto en una próxima vez que sucedan hechos similares, además de idear respuestas alternativas ante los sentimientos emergidos. Estas estrategias e ideas se plasman en el “Formato de Seguimiento de Aprendizajes para la Co-regulación Emocional”, para implementar ante futuras situaciones que puedan gatillar nuevas respuestas de estrés, las cuales deben ser específicas y concretas para que el Equipo asignado que esté presente en una eventual nueva situación pueda reforzar y apoyar. En definitiva, se requiere en esta fase entregar una respuesta multinivel en 5 etapas[37]: “Respuesta inmediata”, el objetivo es determinar si están todos/as bien o los apoyos que se requieren para continuar; “Entrevista en el espacio vital con el/la adolescente”, enfocada en cómo puede recuperarse y llevarlo al siguiente nivel; “Documentación”, esencial para entender qué sucedió, las estrategias implementadas y sus resultados, implica informar a la familia de lo sucedido y registrarlo por escrito; “Revisión del incidente con el personal interviniente”, liderado por el/la Directora/a posterior al evento y con foco en un proceso reflexivo de mentalización y resolución de problemas; y “Revisión del incidente con el Equipo Integrado”, liderado por el/la supervisor/a clínico con foco en el aprendizaje del equipo y adaptación continua desde la práctica, aumentando la capacidad de mentalización del equipo (AMBIT, 2024).

Fuente: Elaboración propia Unidad de Diseño[38].

3. Espacio ideológico cultural seguro: De igual forma, esta dimensión la lidera el/la Director/a de la Residencia, con quien colaboran los/las cuidadores/as terapéuticos y los demás miembros del Equipo asignado. Las acciones que se deben desarrollar para dar cobertura a esta dimensión son todas aquellas que promueven los espacios de participación colectiva y la idiosincrasia e identidad cultural de los/las adolescentes y de todo el equipo de la residencia en su conjunto, lo cual se operativiza en los ámbitos descritos a continuación.

a. Instancias de participación individual y colectiva: Acciones implementadas con la colaboración y articulación de todo el Equipo asignado, a objeto de levantar, valorar, considerar e incluir la opinión de los/as adolescentes en la toma de decisiones de todos los aspectos de la vida personal, familiar, residencial, judicial y de cualquier ámbito del que forme parte y le concierne, lo cual debe ser considerando su edad, grado de madurez, sus características y el principio de autonomía progresiva, además de lo establecido en los lineamientos del Servicio, en materia de participación[39].

Además, el Equipo asignado, liderado por el/la Directora/a es responsable de asegurar instancias formales de participación colectiva, tales como el “**Consejo Adolescente**”, instancia grupal organizada por el/la Cuidador/a Terapéutico y el/la Terapeuta Ocupacional (del Programa de Preparación para la Vida Independiente), con una frecuencia al menos quincenal, en la cual los/las adolescentes comparten sus opiniones en torno a diversos temas relacionados con la convivencia con una finalidad formativa y de aprendizaje en base a sus recursos y fortalezas. Para el desarrollo de estas instancias se pueden utilizar diversas técnicas, ajustadas a las características evolutivas y particulares de los/las adolescentes, tales como: “el **Espaciograma**”, “**Mis áreas de participación**”, “**Collage**”, “**Los tres post-its**”, “**Mapa de relaciones**”, **entre otras**[40]. Ello se constituye en oportunidades concretas en las cuales los/las adolescentes puedan ejercitar, de manera respetuosa, el dar y escuchar distintas opiniones; concordar mecanismos para la toma de decisiones; resolver discrepancias y conflictos interpersonales entre pares; decidir aspectos relacionados con la organización de la residencia y poder establecer los mecanismos para canalizar sus inquietudes, molestias y reclamos, desde un énfasis propositivo, que incluya la elaboración de propuestas de mejora.

Potenciar la participación y la toma de decisiones va de la mano con el desarrollo de la identidad y el autoconcepto, lo cual se puede complementar con la **celebración de hitos y ritos personalizados y colectivos** tales como cumpleaños, graduaciones, celebraciones de relaciones afectivas o amorosas, aniversario de la residencia terapéutica, entre otros, haciendo que se sientan vistos, validados y valorados (UNICEF, 2024).

Por otra parte, como otro mecanismo de participación individual se encuentra el “**Buzón de Opinión**”, en el cual el/la adolescente puede plasmar inquietudes, levantar requerimientos, hacer consultas formales, referir preocupaciones sobre cualquier situación, de un modo protegido y confidencial. Por ello, el/la Director/a de la residencia es responsable de su implementación, uso adecuado y seguimiento a las respuestas brindadas a el/la adolescente en cada una de las situaciones planteadas.

b. Respeto y promoción de la Identidad Cultural: Todas las acciones que realice el Equipo Integrado deben mostrar un profundo respeto por la persona del/la adolescente, independiente de su condición o situación de origen. Al contrario, el espacio residencial debe promover el respeto y valoración de las diferencias y las acciones de inclusión, validando la identidad familiar y cultural de cada adolescente. Es así como el Equipo Integrado realiza esfuerzos y acciones para comprender y valorar el marco cultural de creencias y costumbres de la familia de origen del/la adolescente, desplegando conductas inclusivas e integradoras en los espacios de encuentro familiar y en la interacción con el propio adolescente. Por otra parte, se espera que el Equipo asignado favorezca instancias de celebración correspondiente a la cultura de cada adolescente (por ejemplo, en el caso de adolescentes en situación de migración y/o movilidad humana, o pertenecientes a etnias u originarios de un territorio particular -proveniente de otras regiones, localidad típica), mediante actividades como “**Fiesta costumbrista**”, “**Mi comida típica favorita**”, “**Las costumbres que más valoro**”, entre otras que promuevan un ambiente de inclusión e integración que facilite la incorporación de el/la adolescente en el espacio de acogimiento residencial terapéutico.

c. Enfoques transversales: Finalmente, el Equipo asignado en su accionar durante todo el proceso debe reflejar la incorporación de los enfoques transversales que se encuentran a la base del modelo de acogimiento residencial terapéutico integrado, tales como: diversidad de género, interculturalidad, inclusión, entre otros, con acciones que contengan un lenguaje motivante y acorde a la etapa del ciclo vital adolescente. Igualmente, en las prácticas cotidianas de la residencia se debe promover la diversidad como un valor que aporta a la convivencia y formación de sus integrantes. Lo anterior, implica la aplicación de lineamientos específicos que deben considerarse a la hora de tener población prioritaria de adolescentes que se encuentren en los siguientes grupos o colectivos[41] (UNICEF, 2022): 1. Adolescentes en situación de discapacidad o diversidad funcional, 2. Adolescentes LGTBIQ+, 3. Adolescentes en cuidados alternativos, 4. Adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas, y 5. Adolescentes en situación migratoria y/o de movilidad humana.

II. Acompañamiento Terapéutico a el/la Adolescente

El acompañamiento terapéutico a el/la adolescente es un trabajo liderado por el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia, en colaboración con el/la Cuidador/a Terapéutico y el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social encargado de la reunificación familiar. Todos ellos/ellas se articulan con el/la Terapeuta Ocupacional [42], quien colabora también en este trabajo.

Cabe señalar que el abordaje terapéutico con el/la adolescente **contribuye a la resignificación** de las trayectorias de violencia y sus experiencias de desprotección, sin embargo, a este objetivo contribuyen también las acciones asociadas a los otros componentes, principalmente, el de residencialidad terapéutica, fundamental para realizar el abordaje terapéutico con el/la adolescente, dado que necesita para su recuperación un entorno donde sentirse seguro/a, existan relaciones de confianza con pares y adultos/as y participar en actividades y rutinas satisfactorias, siendo más probable que tengan el deseo de participar en intervenciones psicossocioeducativas y/o terapéuticas (Holden, 2023). Es así que con el logro de la percepción de seguridad en los/las adolescentes mediante el entorno (físico, socioemocional e ideológico cultural) que brinda la residencialidad terapéutica es posible seguir avanzando en el acompañamiento terapéutico con el/la adolescente y en el desarrollo de competencias, incluido el logro de la co-regulación emocional.

Para que se comprenda aquello, es preciso recordar que la formación de la auto-regulación es parte del proceso de neurodesarrollo. En este marco, en sus primeros años de vida, los niños y niñas pequeños/as dependen de la

regulación externa (de otra persona para sentirse en calma). Luego, con el desarrollo de la niñez y la adolescencia, se avanza hacia la **co-regulación**, donde las personas adultas dan señales de apoyo a este proceso. Finalmente, las personas que han experimentado la co-regulación constante tienen mayores posibilidades de alcanzar la auto-regulación y, por tanto, de afrontar situaciones de estrés confiando en sus propios recursos. Las acciones de este segundo componente contribuyen a generar esta co-regulación, generando los espacios y estrategias para apoyar el proceso de regulación de los/las adolescentes atendidos (UNICEF, 2024).

Como elemento transversal en el trabajo de acompañamiento con el/la adolescente, se requiere que cuente con vínculos afectivos que lo/la sostengan en este proceso, que les brinden experiencias de cuidado de manera estable, más allá de la experiencia de cuidado que le brindan los/as adultos/as de la residencia que recién está conociendo. Ello implica **involucrar a la familia** (Holden, 2023), ya sea a los progenitores o miembros de la familia extensa- y/o cuidadores (adultos que puedan constituirse en una alternativa de apoyo social y familiar e incluso en una alternativa de cuidado estable), así como planificar apoyos adecuados para la reunificación de él/ella en su comunidad, los cuales son indicadores de “éxito del tratamiento” (Whitaker, 1994, en Holden, 2023). Lo anterior se operativiza en esta etapa mediante el desarrollo de **sesiones de abordaje terapéutico vincular** entre el/la adolescente y el/los miembro/s de su familia con los que se trabaja para la reunificación/revinculación familiar, lideradas por el/la profesional a cargo de este proceso y en coordinación con el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia.

Por otra parte, el Equipo asignado puede contribuir a la vinculación entre el/la adolescente y su familia, en el marco de su acompañamiento terapéutico, con el envío de comunicaciones, cartas o correos electrónicos dirigidos a alguien de su familia, con la finalidad de organizar el contacto con sus hermanos/as y planificar las visitas que realiza la familia de modo provechoso. Holden (2023) indica que un acogimiento residencial centrado en la familia obtiene resultados más positivos, en tanto cada adolescente tiene una familia, por lo que -cuando y donde sea posible- el Equipo asignado debe mantener a la familia en el papel de padres/madres o cuidadores principales (abuela/o, tía/o, otro/a), ayudándoles a mantenerse activos en las actividades diarias del/la adolescente (por ejemplo, en compras, citas médicas, reuniones en la escuela, comidas, celebraciones, actividades recreativas). Este avance hacia la receptividad y la inclusión requiere de relaciones honestas y abiertas, caracterizadas por el respeto, la confianza, la sensibilidad cultural y la dedicación necesaria para propiciar este involucramiento. Las familias necesitarán tiempo, apoyo e información para tener un papel significativo en las decisiones que tomen con respecto al/la adolescente, lo que requiere del Equipo asignado que inicie y mantenga una verdadera alianza terapéutica en este trabajo[43].

Para garantizar la seguridad del/la adolescente en todo momento, y en especial cuando se tome conocimiento de hechos eventualmente constitutivos de delitos, corresponderá la aplicación de la Resolución Exenta N°155 u otra que la sustituya, aplicando los procedimientos e instrucciones técnicas señaladas en dicho documento, tendientes a garantizar la protección del/la adolescente y activar los procesos correspondientes mediante las acciones allí descritas.

En la etapa de ejecución, la bajada operativa de este componente considera los siguientes ámbitos:

1. Abordaje terapéutico con el/la adolescente

2. Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de su agencia personal[44].

a. Abordaje terapéutico con el/la adolescente

El **abordaje terapéutico con el/la adolescente se desarrolla tanto a nivel global, desde la interacción cotidiana** por parte de los miembros del Equipo asignado (Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia, el/la Cuidador/a Terapéutico, más el apoyo de el/la profesional a cargo del proceso de reunificación/revinculación, y del/la Terapeuta Ocupacional[45], **como a través de espacios individualizados con el/la adolescente**, llevados a cabo por el/la profesional Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia; ambas instancias orientadas a abordar diversas temáticas que apoyen su proceso de resignificación, el aumento de la resiliencia, a través de abordajes de las habilidades de regulación emocional (mediante la co-regulación inicialmente en esta etapa de adolescencia), la autonomía progresiva, la autosuficiencia[46], la competencia social, la flexibilidad y la capacidad para resolver problemas y adaptarse a los cambios (Holden, 2023).

La implementación del **abordaje terapéutico a nivel global con el/la adolescente** considera como base la vinculación afectiva con figuras significativas distintas a las de su familia, fortaleciendo su sistema de cuidado, que posibilite una relación donde él/ella se sienta visto/a, validado y valorado. Es así, que será necesario que el/la profesional a cargo establezca un **vínculo seguro que de paso a la creación de una alianza terapéutica** caracterizada por una **experiencia de conexión** entre el/la profesional del Equipo asignado y el/la adolescente. Dicha conexión implica confiar, entregar y reconocer tanto las emociones mías como las del otro, de modo que se logren vínculos emocionalmente significativos y satisfactorios, que permitan sensación de comprensión, apoyo y valoración mutua, fundamental para el bienestar emocional y psicológico de él/la adolescente (UNICEF, 2024).

Para **crear experiencias de conexión y/o experiencias de aprendizaje interpersonal**, el Equipo asignado debe promover **instancias prácticas en la vida cotidiana orientadas a compartir** entre los/las adolescentes y entre ellos/ellas y los/las adultos que integran el acogimiento residencial terapéutico, tales como: salir a comprar juntos, salir a dar un paseo, sentarse a conversar, actividad de esparcimiento, jugar un juego de mesa, entre otros (UNICEF, 2024), promoviendo las instancias de conexión cuando esto ocurra. En relación con el/la **profesional de Referencia, se constituye como un referente afectivo** para el/la adolescente, mediante el establecimiento de un vínculo cercano, estar atento a sus necesidades, dar respuesta contingente y oportuna a ellas, potenciando su desarrollo, acompañando en ocasiones importantes -cuando esté de turno y sea posible- (además de su familia), abordando conversaciones más personales y acompañando las actividades de la vida cotidiana (UNICEF, 2024).

Es fundamental destacar que, resaltar este rol no significa que se promuevan las relaciones exclusivas, en donde un profesional se relaciona únicamente con un/a adolescente en desmedro de los otros integrantes del equipo, ni que sea una figura fija invariable dado que ello generaría una dependencia por parte de los/las adolescentes,

entorpeciendo el proceso de intervención. En contraposición a ello, el rol de él/la profesional de referencia enfatiza la idea de que quien comparte la cotidianidad con los/las adolescentes no es irrelevante y, por ende, debe considerarse y planificarse de forma estratégica (UNICEF, 2024). Por tanto, dicho rol luego del primer mes no es impuesto y su implementación debe ser flexible, ajustándolo cuando el/la profesional que lo ejerce sea una figura que trabaje en sistema de turnos, por ejemplo, ejerciendo las acciones descritas cuando esté presente en la residencia, y cuando no, algún miembro del equipo asignado con buena vinculación con el/la adolescente es quien realiza dicha función y acciones, resguardando la coherencia entre ambas figuras.

Otras estrategias para fomentar vínculos que tengan a la base la sensación de conexión emocional son la realización de **actividades de vinculación entre pares de la residencia** (mediante actividades recreativas, sociales, consejo de adolescente, entre otras); así como también promover la **inclusión de los vínculos significativos** de las/los adolescentes en la residencia, de modo que puedan invitar otros familiares, amigos/as y/o compañeros de curso, fomentando espacios de encuentro positivos para ellos/ellas (UNICEF, 2024).

Todas estas experiencias de aprendizaje interpersonal pueden moldear las creencias y expectativas generales que tienen los/las adolescentes sobre las personas adultas, creando ideas más sanas sobre sus relaciones y haciéndoles más receptivos/as a las relaciones de apoyo en el futuro. Así, las relaciones y los vínculos afectivos que los/las adolescentes forman en la residencia (con pares y adultos/as) son fundamentales a la hora de ayudarles a desarrollar competencias y construir relaciones significativas y experiencias de conexión a lo largo de su vida.

Dado que los/las adolescentes que han vivido experiencias de violencia y/o traumáticas en su desarrollo requerirán oportunidades adicionales a aquellos que no las han vivido, la visión que se espera del Equipo asignado e Integrado en su conjunto respecto de sus conductas es verlas como variaciones en su ciclo vital en el contexto de la progresión del desarrollo del/la adolescente, en lugar de verlos como “comportamientos desafiantes” (Holden, 2023). Ante esto, el equipo debe ayudar a satisfacer las necesidades sociales y de desarrollo básicas de los/las adolescentes, como el afecto, el dominio, el propósito y la autonomía, creando las condiciones para que ellos/ellas desarrollen habilidades de autorregulación y logren alcanzar un bienestar socioemocional.

De este modo, para el equipo integrado los aspectos mencionados tienen relevancia dada las trayectorias de desprotección en la vida de los/las adolescentes, donde a la base existen constantes pérdidas (reales o simbólicas), como, por ejemplo, de su familia, sus amigos, su escuela, su casa, sus mascotas y sus pertenencias, la “niñez”, la sensación de seguridad, la “alegría de vivir”; requiriendo desarrollar procesos de duelo que van impactando en su capacidad de confiar en las personas adultas que les cuidan y con quienes se relacionan. Es por ello que **la capacidad de comprender y responder a la expresión de pérdida de los/las adolescentes y a sus procesos de elaboración de duelo constituye una habilidad clave que deben poseer los/las profesionales del equipo.**

Desde un **acompañamiento terapéutico individual bien informado en trauma** se comprende que uno de los efectos más significativos de las trayectorias de violencia, de la experiencia de trauma y de las constantes pérdidas de los/las adolescentes en acogimiento residencial, muchas veces no reconocidas ni simbolizadas, es la incapacidad para autorregular las emociones y controlar los impulsos, por lo que al enfrentarse a emociones fuertes, los/las adolescentes que han tenido estas experiencias podrían reaccionar, ya sea de forma exagerada o mínima. Así, mientras que algunos/as tienen dificultades para gestionar sus emociones y actúan impulsivamente, otros/as podrían retraerse y desapegarse para hacer frente a la situación cuando se sienten abrumados. Al respecto, el/la profesional responsable del proceso residencial del/la adolescente (Psicólogo/a o Trabajador/a Social) ofrece un espacio individualizado que le permita ir *canalizando* los contenidos que va elaborando en su paso por la residencia y, a partir de sus recursos evolutivos, relacionados con la separación de su familia de origen y su trayectoria de violencia y/o experiencias traumáticas, aprovechando el vínculo de confianza que se ha desarrollado.

Por otra parte, el/la profesional a cargo (Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia) utiliza este espacio para conducir el **proceso de desarrollo identitario**, si bien es un aspecto que se aborda de forma integral y al que contribuye todo el Equipo Integrado. Ahora bien, al trabajar en aspectos identitarios en el contexto de cuidados alternativos, será **indispensable mantener la diferencia entre la historia de vulneraciones que ha vivido el/la adolescente y la propia identidad**, a fin de disminuir la estigmatización debido a la institucionalización (UNICEF, 2022).

En términos de identidad social familiar, se debe tener presente la experiencia de pérdidas reales o simbólicas que podría tener el/la adolescente y cómo éstas van afectando su sentido de identidad en este ámbito, lo cual debe ser abordado en un espacio relacional terapéutico de confianza (que le ayude a disminuir la sensación de indefensión o falta de control provocada por su historia de vulneración por parte de personas queridas y/o de confianza), contención y seguridad. Cuando estas pérdidas permanecen sin reconocimiento ni duelo, éstas podrían ser invisibilizadas (infravaloradas), apresuradas (abordaje de la temática cuando el/la adolescente no se encuentra preparado/a). En este sentido, la mirada informada en trauma permite al equipo ponerse a disposición de él/la adolescente para ayudarlo a llorar sus pérdidas y seguir adelante en sus propios términos.

Para el trabajo de acompañamiento en el desarrollo de la identidad personal podría ser de utilidad el uso de la técnica de **fotografía digital** (UNICEF, 2022), ya le permite al/la adolescente conectarse con su mundo, su entorno y sus experiencias de manera gráfica, capturando imágenes de cosas, objetos, lugares o experiencias u otros, facilitando el diálogo sobre diversos temas, asegurando las consideraciones éticas de confidencialidad [47]. Adicionalmente, es posible utilizar otras técnicas (gráficas, narrativas, artísticas, entre otras) para plasmar sus narrativas o experiencias en forma de palabras, dibujos, manualidades, creaciones artísticas o imágenes que surjan espontáneamente. Estas herramientas permiten, por un lado, facilitar el trabajo terapéutico, la expresión de las emociones, co-regular emocionalmente al/la adolescente y elaborar contenidos relacionados con su experiencia de violencia y, por otro, registrar su proceso terapéutico abordando los distintos ámbitos de su identidad.

Por otra parte, durante el proceso de abordaje terapéutico con el/la adolescente se van generando las conexiones necesarias con el trabajo de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, en el cual, en la medida en que se observan logros de los objetivos definidos en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U), se inician espacios

progresivos de salidas y visitas al hogar familiar, con episodios graduales. Los resultados de estos encuentros en el domicilio deben ser evaluados de inmediato, una vez que se produzca el retorno del/la adolescente a la residencia, especialmente lo referido a la cobertura adecuada de sus necesidades y la mantención de las condiciones de protección sin nuevas situaciones de vulneración [48].

Es importante que este proceso sea acompañado/a como parte del abordaje terapéutico, tanto por parte del/la Cuidador/a Terapéutico, como del profesional a cargo de la reunificación/revinculación, dando espacio a que el/la adolescente exprese sus ambivalencias, temores, resistencias, alegrías, entre una diversidad de emociones que pueden surgir. También es importante que se intensifiquen encuentros entre el/la Cuidador/a Terapéutico y la familia, para que se compartan información relevante respecto de la rutina del/la adolescente, sus gustos, su forma de relacionarse, entre otros aspectos que puedan contribuir a la residencialidad terapéutica, y luego, a la transición hacia el retorno al cuidado familiar.

Cabe señalar que, **de requerirse una atención terapéutica especializada fuera de los ámbitos otorgados por el espacio residencial terapéutico**, por ejemplo, de tipo psiquiátrica y/o psicológica (u otra) con el objetivo de reparación focalizada en la experiencia de trauma (sector salud y/o terapias complementarias), se deben generar las derivaciones correspondientes a entidades fuera de la residencia (UNICEF, 2024). En estos procesos los/las profesionales de la residencia deben participar de manera activa, desarrollándose una coordinación y comunicación fluida entre el/la profesional externo y el/la profesional de Referencia y el equipo asignado, quien debe asegurarse de que las recomendaciones y orientaciones de los/as especialistas sean integradas en el Plan de Intervención Individual Unificado (UNICEF, 2024).

Volviendo al abordaje terapéutico más global, el Equipo Integrado ofrece **espacios de interacción cotidiana para ensayar nuevas formas de gestionar sus emociones**, sus acontecimientos diarios, resolver problemas y establecer relaciones, lo que se ve favorecido cuando saben que pueden recurrir a personas adultas referentes que les ayudan y orientan en ello, lo cual es parte central del abordaje terapéutico con el/la adolescente.

El abordaje terapéutico con el/la adolescente **incluye las siguientes dimensiones** (UNICEF, 2024; Holden, 2023):

- **Mentalización:** Para lograr la co-regulación, es fundamental poner en práctica el ejercicio de la mentalización (UNICEF, 2024). La mentalización es descrita como una forma de actividad mental imaginativa, que nos permite percibir e interpretar, tanto nuestro propio comportamiento como el comportamiento de otros, en términos de estados mentales intenciones, deseos, creencias, necesidades y sentimientos. En términos simples, se trata de la capacidad de verse a uno mismo desde afuera y a los otros desde dentro (Fonagy, 2015; Dangerfield y Carrasco, 2024). Esto aplicado al contexto residencial refiere a la capacidad de los equipos residenciales de apreciar y entender los estados mentales subyacentes de los/las adolescentes y de los suyos propios, en un contexto interactivo, comprendiendo subjetivamente los estados mentales de éstos/as, en base a lo cual se lograría tener una mejor comprensión de las conductas y expresiones (UNICEF, 2024).

La mentalización implica que el Equipo Integrado desarrolle y/o fortalezca (Dangerfield y Carrasco, 2024): **1. Capacidad de auto-observación** (introspección); **2. Capacidad de empatía** (para conectar de forma auténtica con el otro/a, tengo que conectar con algo mío que conozca ese estado emocional); y **3. Capacidad de enterarse de lo que pasa a nivel emocional** en las interacciones.

Para ejercitar la capacidad de mentalizar, los/las profesionales del Equipo Integrado deben tener una **actitud de curiosidad genuina** para aproximarse a saber qué es lo que le podría estar pasando a el/la adolescente, cuáles serán los sentimientos que está experimentando, y qué podría estar pensando (Dangerfield y Carrasco, 2024). Dicha actitud es opuesta a la atribución de certezas sobre el otro/a, dado que eso distancia e interfiere en la relación. Cabe destacar que la capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen, 2013; Allen & Fonagy, 2012; Bleiberg, Rossouw, & Fonagy, 2012, en Dangerfield y Carrasco, 2024).

Por otra parte, el Equipo Integrado debe tratar de sintonizar emocionalmente con el/la adolescente (y entre los demás integrantes del equipo), lo cual implica fortalecer su capacidad de ser conscientes y reflexivos de lo que está pasando a su alrededor, para lo cual se requiere que el equipo esté informado sobre los procesos mentales propios de los efectos de trauma, siendo necesaria la formación y capacitación constante. Cuando se logra mentalizar es posible co-regular las emociones del/la adolescente. Dicho en simple, al ver qué es lo que realmente le ocurre, se puede dar una respuesta que permita gestionar sus emociones, lo cual significa darles espacio a estas y validarlas, pero, al mismo tiempo, contenerlas, en el sentido de evitar que se impongan sobre la persona que las está viviendo (UNICEF, 2024).

- **Habilidades de correulación y de autorregulación:** Los/las adolescentes requieren de personas adultas que les ayuden a controlar el estrés proporcionándoles una base segura, para lo cual los/as profesionales del Equipo asignado (e Integrado en su conjunto) utilizan estrategias de escucha activa, ayudar a los/las adolescentes a identificar, expresar y procesar sus emociones, utilizar un tono de voz tranquilizador y reconfortante, y satisfacer sus necesidades, lo que forma parte del proceso de co-regulación. Éste no es un proceso para solucionar un problema o hacer que desaparezca el dolor, sino una habilidad que les ayuda a aprender finalmente a calmarse por sí mismos/as.

A medida que los/as profesionales del Equipo asignado identifican las emociones que están a la base de la conducta de los/las adolescentes y les ayudan a aprender formas de gestionarlas, se desarrollan las habilidades de autorregulación (Van der Kolk, 2015 en Holden, 2023). Dicho de otro modo, el equipo, mediante figuras de confianza, les ayudan a los/las adolescentes a co-regular sus emociones (identificar y gestionar) en las interacciones cotidianas, especialmente en momentos de estrés, por lo que esto es parte esencial del abordaje

terapéutico.

- **Habilidades sociales e interpersonales:** Dimensión que se aborda en estrecha coordinación con el/la Terapeuta Ocupacional a cargo del proceso de preparación hacia la vida independiente. Los/las adolescentes aprenden habilidades relacionales al participar en relaciones sanas, así como aprenden a preocuparse por los/as demás al recibir tratos afectuosos por parte de quienes les cuidan. En este sentido, el Equipo asignado debe intencionar la sana convivencia entre pares, desarrollando habilidades interpersonales orientadas a llevarse bien con los demás integrantes de la residencia, así como de los entornos donde se relaciona y a establecer amistades. Las habilidades requeridas son la empatía, de resolución de conflictos, control de los impulsos, flexibilidad y comunicación, los que se van abordando en el día a día.
- **Autonomía:** Dimensión que se aborda en estrecha coordinación con el/la Terapeuta Ocupacional a cargo del proceso de preparación hacia la vida independiente. Esta se constituye en un primer soporte para lo que luego será el abordaje de fortalecimiento de competencias del/la adolescente. Corresponde a un conjunto de habilidades y actitudes que incluyen la capacidad de razonar, considerar diferentes puntos de vista y tener autoestima y respeto de sí mismo/a. Para que los/las adolescentes desarrollen estas habilidades y actitudes necesitan oportunidades en las que puedan elegir, considerando alternativas significativas. Para acompañarlos/as en este proceso, el Equipo asignado debe entablar conversaciones a modo de compartir valores y conocimientos en torno a diferentes respuestas a las situaciones que a los/as adolescentes se les presentan. El equipo debe ayudarles a aprender a tomar decisiones que redunden en su propio beneficio y que, al mismo tiempo, sean respetuosas con los/las demás, así como acompañarlos durante la ejecución de estas acciones.
- **Autosuficiencia:** Dimensión que se aborda en estrecha coordinación con el/la Terapeuta Ocupacional a cargo del proceso de preparación hacia la vida independiente. Holden (2023) la define como la convicción de una persona sobre su capacidad para tener éxito en una situación en concreto, por lo que desempeña un papel importante en la forma en que las personas afrontan las dificultades. La autosuficiencia positiva ayuda a los/las adolescentes a superar los retos de la vida y a alcanzar sus objetivos personales.

Para el cumplimiento de los objetivos del PII-U relacionados con esta dimensión, es fundamental la consideración del **juego (o lo lúdico) como una metodología esencial**, dado que, además de ser una actividad necesaria para el crecimiento y desarrollo normales de las habilidades físicas, cognitivas e interpersonales, es una herramienta importante para ayudar a los/las adolescentes a superar experiencias traumáticas (Perry, 2002, en Holden, 2023; Comité de Derechos del Niño, 2013). Esto ya que lo lúdico constituye la principal vía de aprendizaje, exploración e interacción, que les otorga la oportunidad de arriesgarse a aprender por ensayo y error, de ganar y perder, o de probar cosas que den miedo sin repercusiones permanentes ni terribles. Por otra parte, el juego también permite reducir el estrés y liberar emociones de forma segura y adecuada, y lo que es más importante, tiene una función gratificante para el/la adolescente (Holden, 2023).

Para ello, el Equipo asignado debe disponer de instancias lúdicas y espacios adecuados, ofreciendo actividades, dinámicas y materiales de juegos, tales como: actividades rompe hielo, juegos tradicionales, juegos de mesa, juegos de rol, juegos de construcción, juegos cooperativos, juegos de agilidad mental, juegos en el exterior, entre otros.

Además de la incorporación de **técnicas lúdicas y terapia de juego**, se recomienda como parte de la metodología de trabajo, adaptado a las características, necesidades y curso de vida de cada adolescente, la incorporación de **técnicas narrativas**, orientadas a la resignificación de las narrativas traumáticas (biblioterapia, uso terapéutico de cartas, mapa de emociones, línea de tiempo, genograma de juego familiar, entre otras); **técnicas gráficas o de arte terapia**, las cuales favorecen el abordaje de contenidos traumáticos de forma no amenazante y empoderan a el/la adolescente, conectándolo con su espíritu creador y sus recursos (dibujo, pintura, arcilla, collage, musicoterapia, entre otras); **técnicas de dramatización** (obras de teatro, imaginería, otras); **técnicas corporales** que faciliten la conexión con la propia corporalidad, brindando una percepción positiva de ésta, aumentando la sensación de control y consciencia de los propios límites corporales, entre otros beneficios (experiencia sensorial, relajación, respiración, danza, movimiento corporal, entre otras). Cabe señalar que para la elección de la técnica se debe considerar: las características de el/la adolescente, sus intereses, su trayectoria y curso de vida, el objetivo terapéutico que se desee trabajar, el momento del proceso en que se encuentre y que el/la profesional del equipo que la implemente debe conocer la técnica implementada y aplicar sus consideraciones y resguardos, en caso de que existan.

Todo el abordaje terapéutico con el/la adolescente hasta aquí descrito se constituye en un sostén afectivo base para el desarrollo de su identidad personal, donde la función terapéutica que deben cumplir los/las adultos/as que son parte de la residencia es fundamental.

b. *Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de agencia del/la adolescente [49]*

Esta dimensión se aborda a la par con el trabajo realizado por el/la Terapeuta Ocupacional del Programa de Preparación para la Vida Independiente, en coordinación de los demás integrantes del Equipo asignado, cuyo objetivo es acompañar a los/las adolescentes a fortalecer y desarrollar nuevas habilidades para la vida, fomentando el sentido de agencia personal con expectativas acordes a las necesidades y características individuales.

El principio **basado en competencias** (Holden, 2023) está a la base de este trabajo, por lo que el Equipo Integrado contribuye a apoyar a los/las adolescentes a ser competentes en la gestión de su entorno, así como motivarles para que afronten los desafíos y dominen nuevas habilidades. De este modo, la labor es acompañarlos a lo largo de su estadía en la residencia para que puedan desarrollar nuevas habilidades y puntos de vista para gestionar las dificultades y los acontecimientos de su vida.

El/la Terapeuta Ocupacional con apoyo de los demás integrantes del Equipo asignado realiza actividades orientadas a que los/las adolescentes aprendan a resolver problemas, gestionar sus emociones y desarrollar la flexibilidad y su capacidad de pensamiento crítico, las que son necesarias para que superen la adversidad y los conflictos internos.

Se comienza por trabajar la motivación (o aspectos volitivos) del/la adolescente, para luego avanzar en que aumenten su motivación para aprender nuevas habilidades.

El trabajo orientado al desarrollo de competencias permite la auto-regulación emocional, proceso consistente con el desarrollo de autonomía progresiva. En tanto las competencias ejecutivas implican la capacidad de los/las adolescentes de posponer la gratificación inmediata, la autonomía progresiva implica desarrollar los recursos necesarios para poder moverse en el mundo. Todo ello son elementos fundamentales para promover la sensación de logro y para la construcción de identidad y el autoconcepto (UNICEF, 2024). Sin embargo, los múltiples procesos a la base están estrechamente ligados y se retroalimentan mutuamente, dado que los/las adolescentes requieren tener la sensación de seguridad, así como confianza y conexión con las otras personas y el entorno, a fin de comenzar a desarrollar una idea sobre sí mismos/as en el hoy y sobre quiénes quieren ser. A su vez, el desarrollo de competencias y capacidades incluye el desarrollo de habilidades sociales, lo cual potencia la capacidad de co-regulación, en el sentido que facilita la vinculación y conexión con otros/as. Asimismo, la capacidad de autoregularse resguarda de forma determinante la percepción de seguridad, puesto que en la medida en que se tiene conciencia de la propia capacidad para autocontenerse se obtiene la sensación de estar protegido/a, lo que refuerza, a su vez, el trabajo que realiza el equipo en pleno tendiente a la percepción de seguridad (UNICEF, 2024).

Acompañar a los/las adolescentes a practicar y aprender las habilidades que necesitan para tener éxito en espacios individuales y colectivos les ayuda a desarrollar sentido de pertenencia, por lo que el Equipo asignado, a través del/la Terapeuta Ocupacional y los distintos miembros, planifican, diseñan, estructuran, guían y monitorean este proceso a nivel individual y grupal en la interacción cotidiana del espacio residencial y en otros contextos.

El detalle de las acciones que se realizan para el desarrollo de habilidades de agencia personal que favorecen el ejercicio de autonomía progresiva de los/las adolescentes se encuentra descrito en la **Base Técnica del Programa Preparación para la Vida Independiente**.

III. Articulación de Redes Intersectoriales y comunitarias

Como se dijo en la etapa de ingreso, desde el comienzo del proceso de instalación de la residencia en un territorio determinado resulta prioritario que todos los miembros del equipo asignado residencial conozcan la presencia y el alcance de las redes intersectoriales y comunitarias a las que accede el/la adolescente y su familia, mapeando los servicios y recursos territoriales públicos y privados locales y afines con el trabajo que realiza la residencia en su conjunto. En la etapa de ejecución, el/la Director/a es el/la responsable de fortalecer relaciones tanto con las instituciones del intersector como con los vecinos/as y quienes forman parte del entorno comunitario en el cual se inserta la residencia.

Por ello, **a nivel global**, se deben efectuar distintas acciones para que la residencia sea reconocida como un recurso más del territorio, evitando la estigmatización y procurando que el/la adolescente se desenvuelva como un/a actor de esa comunidad (entendiendo que su permanencia en ella es transitoria) y participe en distintas instancias que aporten al proceso terapéutico de los/las adolescentes y al desarrollo del máximo de sus potencialidades, siendo esto último una responsabilidad de todo el Equipo asignado, liderado por su Director/a.

A continuación, **a nivel individual**, en sesiones con el/la adolescente y su familia se establecen las brechas respecto a los soportes que requieren, en base a lo cual se informan y gestionan las posibilidades de acceso existentes en las redes comunitarias e intersectoriales y la forma de activarlas, contactándolos/as con las Oficinas Locales de Niñez que correspondan a su territorio. Cabe subrayar que, respecto de las redes intersectoriales el Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado tiene un **rol mediador y complementario a la labor que realizan las OLN en el territorio**, acompañando en el proceso de acceso a las prestaciones que correspondan y, en casos que lo requieran, también acompaña a el/la adolescente, realizando posteriormente seguimiento del acceso efectivo a los servicios requeridos.

En concreto, durante el primer mes desde el ingreso y ya en la etapa de ejecución, el/la profesional Trabajador/a Social del Equipo asignado debe verificar que el/la adolescente se encuentre debidamente inscrito y recibiendo las prestaciones de la atención primaria de **salud**, asistiendo a los controles que le correspondan (control de salud del/la adolescente, enfermedades agudas o crónicas, salud mental, salud sexual reproductiva, otros). En aquellos casos en los cuales por alguna razón no se haya logrado realizar la inscripción, se debe establecer contacto con las Oficinas Locales de Niñez, a fin de garantizar el acceso adecuado del/la adolescente a este sector, acompañando dicho proceso de articulación y vinculación con la red de salud en calidad de institución que asume el cuidado legal transitorio de éste/a.

Junto con lo anterior, el acompañamiento a el/la adolescente requiere por parte del equipo de gestiones conducentes a la inscripción, asistencia y apoyo y monitoreo del/la adolescente al **establecimiento educacional** acordes a su último año cursado. Lo anterior implica la realización de acciones tendientes a conseguir matrículas en establecimientos educacionales cercanos a la residencia o evaluar otras alternativas educativas, que incluyan la nivelación escolar, según requerimientos y necesidades educativas visualizadas previamente. Además, en los casos en que resulte pertinente, se coordinan acciones con el/la Terapeuta Ocupacional del equipo asignado a cargo de la preparación para la vida independiente, referidas a la formación pre-laboral o realización de estudios técnicos o profesionales[50].

Del mismo modo, a lo largo de todo el acompañamiento especializado que ofrece la residencia se realizan acciones orientadas a que el/la adolescente se integre y reciba las prestaciones de **otros organismos del intersector** (detallados más abajo) que requiere en atención a sus necesidades y al curso de vida. Además, el/la Trabajador/a Social del Equipo asignado deberá asegurarse de que el/la adolescente se encuentre inscrito en el Registro Social de Hogares y reciba las prestaciones del sistema de protección social que le asistan.

En complemento a lo anterior, cuando las **familias de origen** necesiten recurrir a otros soportes intersectoriales específicos para fortalecer su rol de cuidado y mejorar condiciones para el cuidado de el/la adolescente, el/la profesional debe realizar la entrega de información idónea que les permita tomar contacto y agilizar las gestiones.

En este sentido, el nexa con los respectivos municipios u otros servicios públicos resulta estratégico, pues a través de sus diversos programas sirven de apoyo, tanto para el/la adolescente como para el/la adulto o familia con la que se trabaja, en temáticas relacionadas con:

- Apoyo en tratamiento para el abuso de sustancias en SENDA. Obtención de subsidios para la vivienda y arriendo en MINVU.
- Mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de la familia con la que se trabaja la reunificación. Participación en cursos de capacitación con franquicia SENCE.
- Ofertas laborales públicas y privadas.
- Acceso a emprendimientos locales a través de FOSIS. Aperturas de cuentas bancarias y acceso al crédito.
- Regularización en el Servicio Nacional de Migraciones y Registro Civil. Apoyos en casos de discapacidad, a través de SENADIS.

Por otra parte, en conjunto con la familia y el/la adolescente, se conoce las **redes comunitarias** informales que mantienen, con otros familiares, amigos/as, vecinos/as, favoreciéndose estos vínculos de soporte al acogimiento en el ámbito emocional, recreativo, práctico, entre otros que aportan al bienestar. Asimismo, durante las sesiones se exploran y alientan intereses y preferencias referidas a la participación en organizaciones comunitarias, gestionando el acceso a actividades de su interés, para las cuales presenten motivación, propiciando su inserción, como, por ejemplo:

- Adhesión a talleres deportivos
- Iniciativas articuladas por Juntas de Vecinos Talleres artísticos
- Espacios recreativos y que favorecen la socialización Programas de emprendimientos municipales
- Clubes deportivos locales
- Espacios formativos u otros organismos locales que resulten pertinentes conforme a sus necesidades y preferencias.

Por otra parte, una acción fundamental que el Equipo asignado debe realizar en este ámbito, como parte del proceso de intervención definido para un/a adolescente, es la coordinación con el Programa "**Casas de Transición a la Vida Adulta**"[\[51\]](#). Este Programa está dirigido a jóvenes de 18 a 24 años egresados de programas residenciales o de familias de acogida, que no fueron revinculados a su familia de origen, extensa u otra y que se encuentren estudiando, y por voluntad propia postulan a una Casa de transición a la vida adulta. En este caso, el Equipo asignado, liderado por profesional Psicólogo/a o Trabajador Social de este Programa, en articulación con el/la Terapeuta Ocupacional [\[52\]](#), deben orientar y acompañar el proceso de postulación del/la adolescente con las mencionadas "Casas", facilitando que exista una continuidad en el acompañamiento tras el cumplimiento de la mayoría de edad. Para ello, a fin de reforzar la autonomía y autodeterminación, de forma individual el/la adolescente debe enviar su postulación al Programa, completando el Formulario de Postulación, ya sea a través de formulario web o en papel, y cumplir con los "Requisitos Generales para los/las Jóvenes"[\[53\]](#), dejando el Programa registro de dicha postulación.

Respecto de los/las **adolescentes inmigrantes y/o en situación de movilidad humana**, el equipo asignado deberá realizar las gestiones necesarias para que accedan y reciban cada vez que corresponda todos los servicios y prestaciones a los cuales tienen derecho. Además, si algún/a adolescente se encuentra en una situación migratoria irregular, la residencia tendrá que apoyar a la familia (en caso de que la haya), y de no ser posible, el Equipo asignado, a través de el/la Trabajador/a Social, deberá realizar las acciones para conseguir la regularización; como también, realizar las coordinaciones para la obtención de sus antecedentes escolares, con la finalidad de que se asegure su continuidad educativa, teniendo a la vista los lineamientos del Servicio y normativa vigente.[\[54\]](#)

Finalmente, los/las profesionales del Equipo asignado que correspondan deben asegurar que las acciones señaladas cuenten con **procesos de derivación asistida**, donde los/las adolescentes y sus familias se sientan acompañados al momento de vincularse con nuevas personas, facilitando el acceso e integración a las instituciones y los espacios comunitarios.

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

La implementación de la evaluación del PII-U es responsabilidad del Equipo asignado y su objetivo transversal es evaluar **junto al/la adolescente y su familia**, desde una **perspectiva formativa y de fortalezas**, su proceso de intervención ex - dure y ex - post, contemplando dos momentos:

(1) La Evaluación de Proceso y (2) La Evaluación al término de la intervención.

- **Evaluación de Proceso con el/la adolescente y su familia**

Se orienta a la revisión de los avances respecto del Plan de Intervención Individual Unificado, la identificación de obstaculizadores y/o nuevos hallazgos que emerjan durante el acompañamiento para, si corresponde, ajustar dicho plan y tomar decisiones oportunas para el bienestar de el/la adolescente, siempre considerando los siguientes ámbitos: individual, familiar y redes intersectoriales y comunitarias.

Para ello, el Equipo asignado debe organizar sesiones con el/la adolescente y su familia, en las cuales se promoverá un proceso de reflexión que rescate las fortalezas y logros respecto de los procesos de resignificación de las experiencias de desprotección y de revinculación, con miras a revisar las proyecciones respecto de la reunificación familiar. Asimismo, se buscará identificar obstáculos y revisar en conjunto formas de abordarlos, aportando a su percepción de eficacia para enfrentar las dificultades que emerjan durante la estadía en la

residencia. Esto implica, en concreto, incorporar la opinión de el/la adolescente (y su familia) respecto de los avances y retrocesos de su PII-U, así como lo que cree que necesita o hace falta para la reunificación familiar, en caso de que esta sea una alternativa viable, o respecto de la alternativa que se esté trabajando.

En materia de redes, es imprescindible que los logros, limitaciones e inconvenientes que han presentado en la atención con el/la adolescente y su familia para su revinculación y reunificación familiar sean compartidos con los co-garantes, mediante la realización de reuniones con aquellos que han participado en el desarrollo de la intervención, con la finalidad de incorporar su visión respecto de dicho proceso e involucrarlos en el abordaje de las dificultades que se han levantado, para hacer sostenible el proceso de reunificación familiar.

La evaluación del PII-U se realiza trimestralmente (a menos que la Judicatura lo solicite con antelación a dicho plazo por mandato legal), siendo recomendable que, de manera complementaria, el Equipo asignado sostenga reuniones con el/la Director/a con el fin de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos del equipo que se encuentra realizando el acompañamiento[55]. La evaluación trimestral, o según el plazo establecido por esta entidad, se informa al Tribunal de Familia derivante, a través del Informe de Avance (Anexo N° X: Formato de Informe de Avance), incorporado al Sistema Informático del Servicio (SISPE).

Cabe destacar que todo evento relevante, ya sea una situación que vulnere los derechos del/la adolescente, la falta de vinculación de la familia con el Modelo Residencial Terapéutico Integrado o acciones que contribuyan a su bienestar o favorecen su egreso en forma anticipada y que surja durante el proceso de intervención, debe ser informado de manera oportuna al ente derivante.

• Evaluación al término de la intervención con el/la adolescente y su familia

La última evaluación del PII-U tiene por objetivo revisar, junto al/la adolescente y su familia, si los objetivos y resultados esperados finales que contempló el Plan de Intervención Individual Unificado en cada uno de sus ámbitos de acción fueron alcanzados.

Para dar inicio a la etapa de sostenibilidad de los cambios y el retorno de la convivencia del/la adolescente con su familia o con el/la o los adultos con los que se trabajó el cuidado familiar estable, se requiere evaluar si los objetivos y resultados esperados finales que se propusieron en el Plan de Intervención Individual Unificado en cada uno de sus ámbitos fueron alcanzados. Ello se nutre con la evaluación ex post de las condiciones para el ejercicio del rol de cuidado de la familia y del fortalecimiento de la vinculación con el/la adolescente, de la evaluación del logro de resultados del acompañamiento terapéutico con éste/a, además de la propia evaluación que realiza el/la adolescente de su proceso residencial terapéutico.

Así como las anteriores, esta acción también debe realizarse en conjunto con los/as participantes de la intervención, promoviendo su reflexión respecto del proceso que han llevado a cabo, mirando en retrospectiva las situaciones que originaron su ingreso y que propiciaron la ocurrencia de experiencias de violencia y desprotección que afectaron a sus hijos/as, para luego revisar en conjunto el camino recorrido, identificando los recursos que han movilizado los aprendizajes obtenidos y las herramientas desarrolladas, que han incidido en las transformaciones en las dinámicas familiares y en el logro de los objetivos de intervención. Es importante que el equipo promueva una evaluación desde una perspectiva formativa y de fortalezas, pero que, a la vez, ayude a los progenitores o cuidadores/as principales a identificar nudos que requieren atención para que no se reiteren situaciones que dañen a sus hijos o hijas. Asimismo, es importante verificar que las familias se encuentren conectadas con el sistema de protección social, salud y educación y que mantengan los soportes activados para apoyar sus tareas de cuidado.

Finalmente, el Equipo asignado debe convocar a una reunión técnica interna con el Director/a, con el propósito de disminuir la ocurrencia de sesgos y evitar puntos ciegos que pudieran presentarse e impactar negativamente en la evaluación del proceso de intervención, determinando de manera consensuada si los avances ameritan avanzar a la siguiente etapa o mantenerse un tiempo más en la modalidad de acogimiento residencial terapéutica.

Esta fase finaliza con el nuevo ajuste al Plan de Intervención Individual Unificado para la etapa de Sostenibilidad de los cambios, el cual además de los objetivos y actividades, contiene las debilidades, fortalezas y apoyos que perciben necesarios todos los actores del acogimiento para el momento de dar inicio a la convivencia. Ello se reporta al Tribunal de Familia competente en el Informe de Avance que se emite cada tres meses, junto al Plan de Intervención Individual Unificado ajustado a la etapa de Sostenibilidad de los cambios.

Toma de decisiones cuando la evaluación del Plan de Intervención Individual Unificado determina que no es posible la reunificación familiar.

En casos en que el Equipo asignado, en conjunto con el/la adolescente y su familia, en reunión de evaluación del Plan de Intervención Individual Unificado, transcurridos más de 6 meses desde el inicio de la etapa de ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado, evalúan un nivel de cumplimiento por debajo de los resultados esperados, considerando que se hubieran aplicado las diferentes estrategias, metodologías y técnicas, se deberá determinar, idealmente en forma consensuada o con el apoyo de la mayoría de los miembros del Equipo asignado, una nueva alternativa el cuidado familiar estable, lo que debe incorporarse en el ajuste del PII-U.

En la misma reunión de evaluación se definen en conjunto las posibles alternativas, entre éstas, el cuidado permanente de familiares de la red extensa, cuando éstos/as tienen disponibilidad y capacidades de cuidado, y el/la adolescente está de acuerdo (e idealmente también la familia de origen). Se favorece que la familia de origen puede mantenerse presente en la vida del/la adolescente, lo cual es trabajado por el/la profesional residencial en coordinación con el/la profesional de revinculación familiar.

Cuando la búsqueda de redes familiares y la intervención realizada no logren el objetivo de que el/la adolescente pueda reunificarse con su familia de origen o extensa, la restitución del derecho a vivir en familia puede darse a través de la adopción, para lo cual es preciso ajustar el Plan de Intervención Individual Unificado acorde a esta determinación. Si bien la tendencia general en materia de adopciones nacionales e internacionales apunta

principalmente a niños y niñas hasta la segunda infancia; la adopción de adolescentes ocurre y es una posibilidad cierta, sin perjuicio de que implica un desafío y preparación especial y diferente para las familias interesadas y extensión de los tiempos de vinculación con el/la adolescente respecto a niños/as más pequeños.

Se debe ajustar el PII-U cuando la proyección de egreso de un/a adolescente sea el ingreso a una Casa de Transición a la Vida Adulta[56] (u otro programa similar de la red) o bien egreso sin familia, ésta última sólo cuando la protección de el/la adolescente se encuentre asegurada y el egreso sin estar bajo el cuidado de un adulto sea sostenible con pilares concretos de apoyo intersectorial y comunitario, tales como, un lugar donde vivir, un trabajo que le permita financiar sus gastos, una red social que apoya su cuidado y a quienes pueda recurrir por ayuda, los cuales son necesarios para garantizar la protección. Ambas alternativas se deben preparar con tiempo suficiente, concretando los nexos con redes intersectoriales y comunitarias, y derivaciones a prestaciones de la protección universal y especializada que correspondan.

7.3.4 SOSTENIBILIDAD DE LOS CAMBIOS[57]

La etapa de sostenibilidad de los cambios se extiende por un **plazo máximo de 6 meses**[58], a partir del inicio de la convivencia permanente del/la adolescente en el hogar de la familia con la que se proyectó y se ha venido trabajando la reunificación. Esta etapa es principalmente liderada por el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, no obstante, es necesario considerar que el/la adolescente requiere contar con un espacio terapéutico propio para ser acompañado durante este proceso. Por ello, su objetivo es brindar un acompañamiento al/la adolescente durante este período inicial de convivencia con la familia, contribuyendo a la consolidación de la reunificación familiar.

Cabe señalar que esta etapa es una continuación del acompañamiento terapéutico que se brindó a el/la adolescente cuando estaba en el espacio residencial y no sólo un seguimiento, pues se trata de un acompañamiento activo. Por tanto, el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia junto al Terapeuta Ocupacional del Programa Preparación para la Vida Independiente son responsables de acompañar al/la adolescente en este nuevo proceso que se inicia con la convivencia con su familia, manteniendo su vinculación y acompañamiento terapéutico, a fin de apoyarlo/a en ese tránsito del cuidado y favorecer su adaptación durante la reunificación familiar. Con tal finalidad, es preciso mantener coordinaciones y colaboración fluida y permanente con el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar que realiza la intervención vincular y con la familia que asume el cuidado estable durante esta etapa.

En el transcurso del primer mes de la reunificación, el acompañamiento debe realizarse con una frecuencia de dos veces por semana, debiendo **al menos** una de ellas tener carácter presencial[59] y, posteriormente, y a medida que los objetivos del PII-U se vayan alcanzado, éste podrá disminuir a una frecuencia mínima de una vez a la semana, hasta que tras la primera evaluación del PII-U se consensue entre todos los actores que participan del proceso una frecuencia quincenal. La etapa se compone de dos acciones centrales: Acompañamiento Terapéutico a el/la adolescente y Evaluación del PII-U.

a. Acompañamiento Terapéutico a el/la adolescente.

Esta acción está a cargo del Trabajador/a Social o Psicólogo/a de la Residencia y el/la Terapeuta Ocupacional. En casos de *egreso con familia*, durante esta etapa se focaliza en atender a los sentimientos y percepciones del/la adolescente frente a las distintas dimensiones de la convivencia que emerjan durante esta etapa, elaborando momentos conflictivos en caso de que hayan ocurrido, y conteniendo cuando se presenten desbordes emocionales producto de la vinculación con la familia con la cual se ha trabajado para asumir establemente sus cuidados. Así también, se le brinda apoyo ante cualquier inquietud que desee comunicar, recogiendo su opinión y explicando en un lenguaje comprensible y de acuerdo con su curso de vida aspectos que para él/ella resulte significativos respecto del cuidado de forma definitiva.

En casos de *egreso sin familia* (la reunificación familiar no fue posible), se continúa brindado apoyo en el proceso de adaptación a la vida autónoma, acompañándolos/as en el tránsito a la alternativa de vida interdependiente que elijan, con énfasis en organización doméstica, habitabilidad, iniciativas laborales y educación financiera, así como en la obtención de los soportes intersectoriales y comunitarios que requieren para su bienestar, acompañando en algunas oportunidades a los lugares y ambientes donde tienen ocurrencia sus actividades. Durante la etapa de sostenibilidad de los cambios se mantiene el trabajo sobre la exploración de nuevos intereses y valores, así como favorecer la participación de acuerdo con las características particulares de cada adolescente.

Así también, es necesario mantener un trabajo coordinado y colaborativo **con el Programa Mi Abogado y el curador ad litem**, siendo importante, además, fortalecer la inserción comunitaria del/la adolescente, la vinculación con redes formales e informales, tales como otras figuras adultas que puedan ser referentes y contribuir a su bienestar; éstas pueden ser personas de la familia extensa, vecinos e incluso figuras de organizaciones comunitarias. El intersector claramente se constituye en un co-garante principal, por lo que se requiere asegurar que el/la adolescente se encuentre recibiendo las prestaciones del sistema educativo, de salud y protección social.

Para el logro de lo anterior es imprescindible que los/as mencionados/as profesionales realicen un acompañamiento planificado, que vaya disminuyendo su intensidad gradualmente, hasta que el/la adolescente se encuentre conviviendo con su familia en bienestar y seguridad, sin la necesidad del apoyo brindado por el Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

b. Evaluación del cumplimiento de los objetivos del PII-U

La evaluación del PII-U durante la etapa de sostenibilidad de los cambios se realiza al menos en dos ocasiones. La primera, tras tres meses de convivencia del/la adolescente con la familia con la cual se ha trabajado la reunificación o integración familiar y, la segunda, cuando se cumplan los criterios para definir el egreso, que se detallan más adelante. Las evaluaciones se realizan en sesiones conjuntas, de carácter presencial, en las cuales participa el/la adolescente, el grupo familiar que se ha constituido como alternativa familiar estable y el Equipo asignado. Estas

podrán efectuarse en el domicilio de la familia donde transcurra la convivencia o en dependencias de la Residencia.

La primera evaluación apunta a revisar en conjunto los distintos ámbitos de la convivencia y satisfacción de necesidades del/la adolescente en el contexto familiar; dentro de éstos, la dinámica familiar, rutinas u otras facetas de la cotidianeidad, analizando factores protectores y de riesgo, avances producidos y de los problemas que puedan haber emergido en ésta, además de los tipos de apoyo que el sistema familiar requiere para continuar avanzando en el cuidado protector del/la adolescente. Así, en una sesión presencial, todos los actores mencionados evalúan el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para la etapa, ligados con las estrategias y actividades planificadas, contrastándolas con los criterios de logros definidos.

Tras análisis de la evolución del PII-U de esta primera evaluación, -desde una mirada centrada en los recursos y hacia lo que ha sido favorable en la dinámica familiar-, será posible consensuar el apoyo profesional, en el siguiente período; además, se elabora el **Informe de Avance** y se envía al Tribunal de Familia derivante, incluyendo el Plan de Intervención Individual Unificado ajustado, cuando ello aplica.

En tanto, el propósito de la segunda y última **evaluación de pre - egreso** es que todos los actores implicados en el proceso de reunificación familiar analicen en una sesión conjunta de trabajo el cumplimiento de los objetivos del PII-U establecidos en su última revisión, verificando si se encuentran las condiciones para que la convivencia pueda continuar sin la intervención profesional.

Los criterios que el Equipo asignado con la colaboración del/la Director/a debe valorar para dar por finalizado el proceso de reunificación familiar, dando paso a la etapa de egreso son los siguientes:

1. La familia ha superado las causales asociadas a la situación de desprotección avanzada que originó el ingreso a la residencia.
2. El sistema familiar ha logrado resolver los eventuales problemas de convivencia que puedan haberse suscitado en la etapa de sostenibilidad de los cambios, incluyendo la búsqueda de apoyo para resolverlos.
3. La familia presenta capacidades para responder satisfactoriamente a las necesidades de cuidado particulares del/la adolescente, y se encuentra vinculada a los programas de protección social que le permiten sostener y/o apoyar su rol de cuidado.
4. El/la adolescente expresa su voluntad para continuar viviendo en el entorno familiar sin apoyo del Equipo asignado.
5. Las figuras adultas responsables consolidan prácticas de cuidado basadas en el buen trato hacia el/la adolescente.

El primer y segundo criterio son indispensables para dar por superada esta etapa y avanzar a la etapa de egreso. Sin embargo, los restantes criterios representan indicadores concretos de sostenibilidad de los cambios alcanzados durante la intervención y, por lo tanto, de no estar presentes, es necesario solicitar ampliación del plazo para esta etapa, a objeto de continuar trabajando hacia su consecución.

Si pese a haber adoptado todas las medidas requeridas y la consecuente ampliación del plazo para intervenir no se logran sostener los cambios, se debe evaluar la solicitud de otras medidas de protección en favor del/la adolescente, sugiriendo, por ejemplo, la medida subsidiaria de la adopción, propuesta que deberá ser analizada reuniones de análisis de casos y definida en reunión resolutoria con la Unidad Regional de Adopción. Por otra parte, cuando un/a adolescente denuncie o alguno de los miembros del Equipo asignado tome conocimiento de hechos eventualmente constitutivos de delitos cuyos responsables sean los adultos con los que se encuentre conviviendo, se debe aplicar la **Resolución Exenta N°155** u otra que la sustituya, y aplicando los procedimientos e instrucciones técnicas señaladas en dicho documento.

Una vez logrado el objetivo de que la familia pueda continuar asumiendo el cuidado del/la adolescente sin el acompañamiento del Equipo asignado se avanza a la etapa de egreso. En caso de adolescentes que egresan sin familia, una vez logrados los objetivos del PII-U para la etapa y ello/as logran vivir autónomamente sin la ayuda del Equipo asignado, se produce el egreso. En caso en que el/la adolescente haya cumplido la mayoría de edad y, por tanto, cesa la medida de protección; éstas no son causales técnicas suficientes para realizar el egreso de la residencia, más aún si se encuentra cursando estudios^[60], por lo que se debe realizar con antelación al cumplimiento de los 18 años un proceso de intervención con el/la adolescente que lo prepare para un egreso independiente al cuidado familiar, junto con las coordinaciones necesarias con las redes intersectoriales y comunitarias, de tal manera que éstos puedan brindarle los soportes concretos de apoyo a la vida independiente.

En caso de adolescentes en que se restituye el derecho a vivir en familia a través de la adopción, el egreso se produce cuando la familia adoptiva asume el cuidado personal o adopción propiamente tal, siendo responsable del seguimiento de este proceso el Programa de Intervención con niños/as y adolescentes institucionalizados/as, y su preparación para la Integración a Familia Alternativa a la de Origen (PRI).

7.3.5 EGRESO

Esta última etapa tiene una duración referencial de **10 días hábiles** y es liderada por el/la Director/a del Modelo Residencial Terapéutico Integrado. Ésta se inicia cuando se han evaluado como logrados los objetivos del PII-U en la etapa anterior. El Equipo asignado debe **elaborar el Informe de Egreso** (según formato adjunto en Anexo N°X), el cual se remite al Tribunal de Familia o con competencia en esta materia junto con la solicitud de egreso del/la adolescente.

Cuando no se logre encontrar una alternativa de cuidado familiar estable, de manera excepcional una alternativa de egreso puede ser la derivación a otra residencia, por alguna situación como: cambio de territorio de la familia, ingreso a una Casa de Transición a la Vida Adulta, promover la mantención del vínculo con hermanos o hermanas, o por edad. En cualquiera de estos casos se debe tomar una decisión con sustento técnico y se debe realizar un

acompañamiento en esta transición.

El proceso de egreso propiamente tal, en tanto hito de cierre de proceso de intervención, se concreta con la respuesta positiva del Tribunal competente en materia de familia a la solicitud de modificación o cese de la medida de protección de permanencia en la residencia, debido a que se evalúa que se cuenta con las condiciones necesarias para dar término a la intervención residencial, definiendo que el vivir con la familia es sostenible sin acompañamiento. Las actividades de esta etapa son las siguientes:

- Reunión del Equipo asignado.
- Sesión de cierre con el/la adolescente y su familia.
- Elaboración informe de egreso.
- Cierre administrativo del caso.

a. Reunión del Equipo asignado.

Se realiza reunión en la cual participan los/as profesionales del Equipo asignado, con el propósito de realizar una evaluación general del caso y dar por finalizado el trabajo complementario desarrollado en relación a éste.

Esta práctica reflexiva permite visualizar, en su conjunto, los procesos de acompañamiento en retrospectiva, aportando a la mejora continua de las intervenciones con los/las adolescentes y su familia, junto con reforzar relaciones laborales entre profesionales que trabajaron simultáneamente. Por otra parte, hace posible consensuar los contenidos y antecedentes que se le darán a conocer al Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, mediante el Informe de Egreso.

Asimismo, en esta reunión técnica se deben tomar acuerdos respecto de los medios y responsables de informar a las contrapartes de las redes del intersector y comunitarias con las que el/la adolescente y su familia quedaron vinculados durante la intervención, de modo que éstos mantengan su rol de soporte a los adultos cuidadores/as y asegurar el ejercicio de derechos del/la adolescente.

En caso de adopción, se deberá coordinar con equipos que estén a cargo de este proceso a fin de que evalúen junto a el/la adolescente y la familia adoptiva la posibilidad de que éste/ésta mantenga contacto con su familia de origen. La opinión de el/la adolescente sobre este proceso (y todos los que le conciernen) es relevante en sí misma, aún cuando las acciones que se realicen en pro de buscar una alternativa definitiva de cuidado familiar apunten al interés superior de él/ella, por lo que su deseo o no de mantener dicho contacto debe ser considerado en las acciones que se realicen. Los parámetros de este eventual contacto deben responder al bien superior de ellos/as y ser consensuados entre los programas implicados, en el sentido de que las vinculaciones posteriores podrán tomar una gama de manifestaciones posibles en interés para el/la adolescente (cartas, videos, contacto telefónico, pasar fiestas con ambas familias reunidas, etc.), lo cual debe establecerse claramente mediante acuerdos de contacto.

b. Sesión de cierre con el/la adolescente y su familia

El Equipo asignado convoca a una **última reunión** con el/la adolescente y su familia, cerrando formalmente el proceso de acompañamiento y proveyendo un espacio donde puedan compartir impresiones y emociones, conteniendo los sentimientos asociados al egreso definitivo del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

Los/as profesionales responsables convocan a una última reflexión respecto del camino recorrido, mirando en retrospectiva las situaciones que originaron el ingreso a la residencia y que favorecieron la ocurrencia de experiencias adversas que afectaron al/la adolescente, identificando los recursos que han movilizado los aprendizajes obtenidos y las herramientas desarrolladas que han incidido en las transformaciones en las dinámicas familiares y en el logro de los objetivos de intervención, retomando con éxito la convivencia. En el caso de derivación a Casas de Transición a la Vida Adulta o egreso a la vida autónoma (sin familia), esta última reunión se desarrolla con el/la adolescente a solas, dando por concluido el proceso en la residencia.

Por otra parte, se deberá **implementar un mecanismo de evaluación** desde el/la adolescente y su familia (en caso de haberla) hacia el proyecto, que permita conocer el nivel de satisfacción respecto de su proceso de acompañamiento profesional, cuyos resultados han de ser incorporados en la mejora continua del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

c. Elaboración informe de egreso.

El/la Director/a del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado debe solicitar el término de la intervención al Tribunal de familia o con competencia en esta materia mediante el **Informe de Egreso** (ver formato en anexo), elaborado en forma conjunta por el equipo asignado y habiéndose realizado las gestiones para la continuidad del acceso a prestaciones de la red intersectorial que recibía el/la adolescente.

El informe da cuenta de los logros de la etapa de sostenibilidad de los cambios, es decir, del cumplimiento de los objetivos propuestos en el último ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado respecto de cada ámbito de intervención, utilizando para ello los criterios de logro establecidos en forma conjunta. Además, el Informe de Egreso compara la situación ex ante respecto de las cuatro dimensiones valoradas en el Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y la situación de estas al cierre de la intervención, consignando los cambios en todas las variables incluidas en cada dimensión.

En base a lo anterior, se solicita al Juez de Familia competente mediante oficio, el egreso del/la adolescente del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado. La copia del informe que se remite al Tribunal de Familia o con competencia en esta materia queda en la carpeta del/la adolescente.

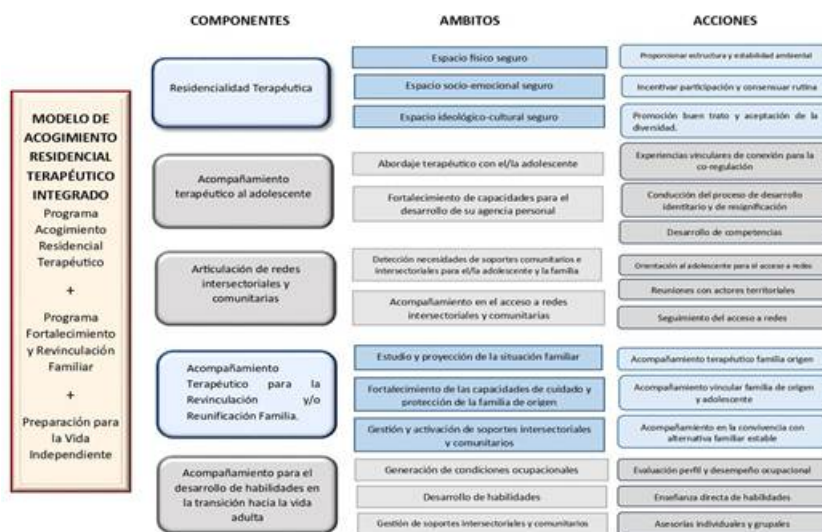
d. Cierre administrativo.

Con la finalidad de dar por finalizado oficialmente el proceso, el programa remitirá el Informe de Egreso al Tribunal de Familia, o con competencia en esta materia, solicitando el egreso del/la adolescente del Modelo. Éste se

materializa con la resolución del Tribunal que da a lugar a la solicitud de egreso mediante la notificación de ésta al Director/a del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado.

Por último y, una vez obtenida la orden del Tribunal, se debe realizar el egreso del Sistema Informático Servicio de Protección Especializada (SISPE), acción que marca el término administrativo del proceso en la residencia y la entrega de información a la Oficina Local de Niñez para la realización del seguimiento correspondiente.

Finalmente, dado que este Programa es parte integrante de un Modelo, a continuación, se presenta un **cuadro resumen del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado**, con los programas que lo componen, sus componentes, principales ámbitos de acción, junto con las principales acciones que desarrollan:



7.4. MATRIZ LÓGICA

La presente matriz lógica considera indicadores, sus correspondientes fórmulas de cálculo, resultados esperados y medios de verificación, asociados al objetivo general y objetivos específicos del Programa. El alcance de los resultados esperados debe ser monitoreado de manera constante por el/la Directora/a del proyecto, quien debe contar con un sistema interno de gestión de resultados, procesos y satisfacción de usuarios/as. Cabe señalar que la matriz lógica, y su cumplimiento, es un insumo básico para el proceso de evaluación de desempeño anual de proyectos efectuado por el Servicio.

INDICADOR DE PROPÓSITO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Restituir el derecho de los niños y niñas a vivir en una familia estable y protectora	Porcentaje de niños y niñas que egresan del programa en el año t habiendo cumplido el 100% de los objetivos de su PII	$(N^{\circ} \text{ de NNA que egresan del programa en el año t habiendo cumplido el } 100\% \text{ de los objetivos de su PII} / N^{\circ} \text{ de NNA que egresan del programa en el año t}) * 100$	70%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio

INDICADORES DE COMPONENTES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las necesidades y características de los y las adolescentes.	Porcentaje de adolescentes egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de residencialidad terapéutica en el año t.	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados que cumplen el } 100\% \text{ del objetivo del PII-U de residencialidad terapéutica en el año t} / N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados en el año t}) * 100$	90%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio
Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección de los y las adolescentes.	Porcentaje de adolescentes egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados que cumplen el } 100\% \text{ del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t} / N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados en el año t}) * 100$	90%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio
Articular los soportes intersectoriales durante la permanencia del adolescente en el Programa.	Porcentaje de adolescentes egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de soportes intersectoriales y comunitarios en el año t	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados que cumplen el } 100\% \text{ del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t} / N^{\circ} \text{ de adolescentes egresados en el año t}) * 100$	90%	Recuperando datos. Espere unos segundos e intente cortar o copiar de nuevo.

VIII. RECURSOS

Marco de la ley N°20.032 para la gestión de los recursos humanos en Colaboradores Acreditados

En la gestión de los recursos humanos, el Colaborador Acreditado deberá ajustarse a los principios que establece el artículo 2 de la ley N°20.032, en sus numerales 5, 6 y 8, a saber:

- La probidad en el ejercicio de las funciones que ejecutan. Todo directivo, profesional y persona que se desempeñe en Colaboradores Acreditados deberá observar una conducta intachable y un desempeño honesto y leal de sus funciones con preeminencia del interés general sobre el particular.
- Responsabilidad en el ejercicio del rol público que desarrollan. Las personas jurídicas que se desempeñen como organismos colaboradores del Estado serán civilmente responsables por los daños, judicialmente determinados, que se hayan ocasionado a raíz de vulneraciones graves de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes causados, tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas.

Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos.

- Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda. Al respecto se debe respetar los requisitos, prestaciones mínimas y plazos, establecidos en las presentes bases técnicas, a las que se refiere el reglamento de la ley N°20.032.

Complementariamente, en este marco, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios a respetar en la contratación de las personas:

Para la ejecución de cada proyecto se contará con el recurso humano más idóneo para su ámbito de trabajo/disciplina. Esto supone un sistema de selección de recursos humanos acorde los principios ya señalados de probidad, idoneidad de competencias profesionales, conocimiento del contexto territorial en un proyecto específico. Es deseable especialización en el ámbito psicosocial ligado a infancia y adolescencia vulnerada (formación en temáticas de victimización, trauma y trauma complejo, informes a Tribunales, entre otros).

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

Artículo 30

Contar con un 75 por ciento del personal conformado por profesionales especializados acordes a la respectiva línea programática. La especialización deberá acreditarse, ante el Servicio, mediante los respectivos títulos profesionales de grado y certificados de especialización o postgrado que lo avalen, con determinación específica y detallada del ámbito de su experticia. Tales antecedentes estarán disponibles para las autoridades competentes que los requieran. En particular para esta modalidad se entenderá para el cálculo del 75% todo el personal que interviene con el niño/a y adolescente, excluyendo al personal administrativo.

Cabe destacar que el Servicio implementa la academia de formación, a la cual tendrán acceso los profesionales de este programa para la instalación gradual de capacidades.

Deberá considerarse en procesos de selección las inhabilidades para trabajar en el Servicio y su red de colaboradores, tal como lo indica el artículo 7 de la ley N°20.032 que señala, "Personas que figuren en el registro de personas con prohibición para trabajar con menores de edad; las que figuren en el registro de condenados por actos de violencia intrafamiliar establecido en la ley N° 20.066; o las que hayan sido condenadas por crimen o simple delito que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas o adolescentes, o de confiarles la administración de recursos económicos ajenos" y, "También serán inhábiles para desempeñar labores de trato directo en Organismos Colaboradores Acreditados, los que tuvieren dependencia grave de sustancias estupefacientes o sicotrópicas ilegales, a menos que justifique su consumo por un tratamiento médico".

Asimismo, se contempla, el proceso de evaluación de la calidad del trabajo interventivo realizado, en período de tiempo a definir. Será de conocimiento de todos los recursos humanos de la organización las causales de incumplimientos y sus sanciones, entre otros, la separación inmediata de sus funciones si se produce alguna situación reñida con las normas institucionales.

Cada Colaborador Acreditado deberá asegurar políticas de formación continua del recurso humano contratado para la ejecución de los proyectos. Asimismo, de acuerdo con el artículo 55 de la ley N°21.302, deberá acceder a las capacitaciones que realice el Servicio para su debida formación y capacitación, lo cual demandará del proyecto, horarios y condiciones para tales efectos, a fin de garantizar la especialización y tecnificación en las materias inherentes a su labor.

Por otra parte, la ley N°21.302 en su artículo 6, letra g) establece la función del Servicio de otorgar asistencia técnica a los colaboradores acreditados respecto de la ejecución de los programas de protección especializada, brindándoles información, orientación o capacitación, cuando ello se requiera, o en la medida que se solicite y a ello acceda fundadamente el Servicio, previa evaluación correspondiente. No obstante, lo anterior, ninguna falta de información, orientación o capacitación podrá subsanar el incumplimiento de las condiciones o requisitos básicos establecidos por el convenio respectivo al colaborador acreditado.

Por otra parte, el Colaborador deberá contar con políticas para el cuidado de equipos, previniendo así, el Síndrome de burnout, ya que éste puede constituirse en un factor adverso a la calidad de las atenciones que requieren los niños, niñas y adolescentes. Al respecto, la evidencia ha mostrado que la salud laboral para quienes intervienen en

contextos emocionalmente demandantes, como es el caso de la población atendida en el Servicio, en entornos de marginalidad o exclusión social o territorial, puede verse alterada por la aparición del estrés laboral crónico. Dado lo anterior, la salud laboral debe ser parte de las políticas de cada Colaborador para asegurar la calidad y la pertinencia del trabajo proteccional a realizar.

Énfasis de la gestión de personas en este programa

Se asume en las presentes bases técnicas la relevancia de la gestión de las personas, enfoque que tiene que ver con el desarrollo y la importancia de cada persona para la organización, sus valores, comportamientos y su alineación con la misión del Servicio.

Esta gestión reconoce el desafío personal y de especialización que requiere el cuidado de adolescentes que han experimentado vivencias traumáticas y el acompañamiento a sus familias en el desarrollo de capacidades para su cuidado, en particular, considerando historias transgeneracionales de violencia y la dificultad para acceder a soportes intersectoriales para el ejercicio de la parentalidad.

Como señala Holden et al (2020, p.9), “la herramienta más importante que tenemos para ayudar a los niños a crecer, desarrollarse y prosperar somos nosotros mismos”, en este sentido, los/as profesionales requieren ser emocionalmente competentes y conscientes de sí mismos/as “para ayudar con éxito a los niños y las familias” (Holden et al., 2020, p. 28).

En este contexto es prioritaria la generación de instancias internas de reflexión para el cuidado del Equipo Integrado, con foco en sus prácticas, con el objetivo de prevenir el burnout y mejorar las estrategias de intervención.

Recursos Humanos

El Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia con cobertura de hasta 20 adolescentes requiere para su ejecución el siguiente equipo:

CARGO	ESTÁNDAR	JORNADA
Director/a	1	Completa
Terapeuta Residencial (Psicólogo/a o Trabajador/a Social)	1	Completa
Cuidador/a Terapéutico	1 cada 4 niños/as de día 1 cada 5 niños/as de noche	Completa en sistema de turnos o jornada que defina el colaborador acreditado
Manipulador/a de alimentos	Dotación que permita asegurar a los niños/as estas prestaciones durante los 7 días de la semana.	Completa
Auxiliar (Aseo, Estafeta)		Completa

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

De ejecutarse varias residencias en un mismo espacio físico, el colaborador acreditado podrá asignar la figura de un/a solo/a director/a con el apoyo de coordinadores/as en cada espacio residencial terapéutico por curso de vida.

Los sistemas de turno del personal podrán ser definidos por el colaborador acreditado, resguardando el adecuado funcionamiento del espacio residencial y priorizando en todo momento el interés superior de los niños, niñas y adolescentes.

Descripción de roles:

El Director/a es el encargado/a de liderar y monitorear los procesos de ejecución de los PII-U de cada adolescente y sus familias o personas adultas referentes participantes de la residencia, velando por el óptimo desarrollo del Modelo de Acogimiento Residencial Integrado, siendo el responsable del cuidado personal de éstos/as.

En concordancia a lo anterior, acompaña, asesora y conduce técnicamente al Equipo asignado en apoyo a la intervención, a través de reuniones periódicas y otras metodologías de trabajo, a través de un acompañamiento que promueva una práctica reflexiva^[61], la que invita a la escucha, análisis y retroalimentación al interior del equipo. Además, brinda la posibilidad de acceder a la autoconciencia de prejuicios, desafíos y puntos ciegos del trabajo que se lleva a cabo, intencionando cambios que permitan dotar de sentido, continuidad y consistencia al trabajo realizado al interior del equipo (Andersen, 1994).

Además, es el encargado/a de establecer alianzas estratégicas con el intersector y el entorno comunitario con el fin de asegurar el desarrollo integral de los/as adolescentes, así como el abordaje y superación de los múltiples factores que incidieron en la separación de sus familias y la acogida de éstos por la comunidad.

El/la profesional Psicólogo/a o Trabajador Social de este programa complementa su labor con el /la Psicólogo/a o Trabajador Social del programa de Fortalecimiento o Revinculación encargado/a de la intervención terapéutica familiar, siendo necesario que sea de la profesión complementaria para resguardar la mirada psicosocial, y también con el/la Terapeuta Ocupacional encargado de la preparación para la vida independiente. Lo anterior en el marco del equipo asignado que incorpora al Cuidador/a terapéutico/a.

Dentro del equipo asignado, el/la profesional Psicólogo/a o Trabajador Social de este programa lidera el acompañamiento terapéutico individual respecto de los/as hasta 20 adolescentes, y asume la responsabilidad técnica y administrativa en conjunto con el equipo asignado.

Cuidador/a Terapéutico: Se entenderá por un adulto/a integrante del equipo residencial que desarrolla un cuidado cotidiano desde una práctica informada por el trauma y sensible a las necesidades y características particulares de cada participante de la residencia. El cual a través del establecimiento de un vínculo confiable, predecible y afectuoso brinda un piso de seguridad a niños, niñas o adolescentes que se han visto enfrentados a experiencias traumáticas y que han desarrollado sus vidas, probablemente en un contexto caótico o desorganizado.

En este marco las actividades cotidianas de cuidado tienen un énfasis terapéutico, ya que se constituyen en oportunidades de aprendizaje de nuevas formas de vinculación con los pares, de restaurar la confianza en los adultos/as, de entrega de herramientas para abordar conflictos relacionales como también de regulación emocional. Lo anterior, implica un conocimiento profundo de cada niño, niña o adolescente que permita desarrollar un trabajo intencionado, concordado con el equipo integrado y en coherencia con los objetivos de su Plan de Intervención Unificado.

Finalmente, este acompañamiento cotidiano que permite satisfacer necesidades básicas y emocionales de niños, niñas y adolescentes se desarrolla considerando el curso de vida y propendiendo a su autonomía progresiva.

Durante la noche, el cuidador terapéutico vela por el resguardo del ambiente terapéutico al interior de la residencia en horario posterior a la jornada laboral diurna, brindando a los y las adolescentes un contexto de seguridad.

Es importante señalar que los/las integrantes que componen este programa, forman parte del Equipo Integrado en su conjunto, en el cual cada uno/a realiza funciones específicas que aportan a la Residencialidad Terapéutica. Por lo tanto, todos y todas deben comprender el marco ético-conceptual en el cual desarrollan sus tareas y que la forma de vincularse con los/as adolescentes es parte del cuidado sensible que otorga la residencia.

8.2 INFRAESTRUCTURA

La residencia debe garantizar la protección de los/as adolescentes, que han sido separados temporalmente de su medio familiar, otorgando las condiciones de seguridad y cuidados necesarios para el desarrollo de su potencial, así como el ejercicio de sus derechos. Esto comprende las condiciones materiales que incluyen: las condiciones de seguridad, calidad de vida y proporcionar bienestar y resguardo de los derechos de la población atendida **en un espacio residencial único, que garantice sus particularidades e intimidad.**

Se entiende por calidad de vida en la residencia, la existencia y mantención de condiciones de infraestructura, equipamiento y ambientales, necesarias para favorecer el desarrollo los/las participantes de esta modalidad. Así también, como un funcionamiento cotidiano sustentado en el enfoque de derechos, es decir bien tratante, que propicie las relaciones interpersonales respetuosas.

1. Para su funcionamiento la residencia deberá contar con inmueble propio, arrendado o cedido por un tiempo determinado (no inferior a la duración del proyecto), que contemple apropiadas condiciones de seguridad, mantención, higiene, orden, accesibilidad, mobiliario, entre otros; los cuales deben ser apropiados para el quehacer y la atención de los/as adolescentes, las familias y visitas.

2. Debe garantizar la habilitación de dependencias para el uso exclusivo de los/as adolescentes y permitir una atención lo más personalizada posible y respetuosa de la privacidad, tanto para ellos/ellas, como para las familias en los momentos de encuentro familiar (visitas).

Sobre el inmueble:

- Dormitorios que permitan albergar hasta 20 adolescentes, considerando que cuenten con espacios que promuevan la privacidad.
- Espacios ornamentados y mobiliario adecuado para los/as adolescentes y sus familias.
- Sala de estar o de recepción, para el recibimiento de las familias de los/as adolescentes, o de aquellas personas vinculadas a la intervención (redes u otros programas que trabajen con el/la adolescente)
- Espacio para realización de intervenciones individuales, sesiones familiares, reuniones, entre otros.
- Espacio para el equipo para realizar labores, reuniones, supervisiones, espacios de análisis, entre otros.

Ubicación:

Emplazado en un lugar de fácil acceso, con conectividad principalmente a servicios de salud y educación, y no ubicarse en zonas donde exista riesgo inminente para la salud o seguridad de los usuarios(as).

IX. SISTEMA DE REGISTRO.

La entrada en vigencia de la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y el trabajo desarrollado para su implementación, ha exigido consolidar el proceso de mejoras de la plataforma informática, a la cual se le han ido adicionado nuevas funcionalidades, a fin de responder a la ley antes mencionada, la que en su Art. 31 establece que el deber del Servicio es crear y administrar un sistema integrado de información. Dicho sistema tendrá como objetivo el seguimiento de niños, niñas y adolescentes, sujetos de atención del Servicio y de sus familias y el monitoreo de las prestaciones que recibe, además los colaboradores acreditados, estarán obligados a proporcionar la información necesaria que el servicio les solicite para el sistema de registros y para el cumplimiento de sus funciones. Es por ello, que los colaboradores acreditados deberán ingresar la información requerida al Sistema de Información del Servicio, incluyendo las acciones realizadas en el marco de lo solicitado por el Sistema Integrado de Monitoreo (SIM).

X. REFERENCIAS.

- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa
- Atkinson, C. & Hyde, R. (2019). Care leavers's views about transition: A literatura review. *Journal of Children's Services*. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/JCS-05-2018-00013>
- BCN (2022). Ley 21.430 Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y adolescencia. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
- BCN (2021). Ley N° 21.302 Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada y modifica normas legales que indica. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203&idParte=10190469&idVersion=2222-02-02>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, (35), 86-96.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, (3), 83-96. Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. Vol 5 (8), 5 – 31.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2009). Crisis y Revisión del Acogimiento Residencial. Su papel en la protección Infantil. *Papeles del Psicólogo*. 30 (1) 42-52.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. En D. Shaffer, *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Thompson.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología el desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós.
- Burns, A & Emond, R. (2023) Everyday Care: What Helps Adults Help Children in Residential Childcare? (3) p.1301-1306. Enlace: <https://doi.org/10.3390/youth3040082>.
- Cardona, J. y Campos, J. (2018). La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 214, 29-43.
- Cervera, I., López- Soler, C., Alcántara-López, M. y Castro, M. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, vol. 41 (3), p1-12. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632009>
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-117.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Comité de Derechos del Niño CDN (2016). Observación General N°20 sobre la efectividad de los derechos del Niño durante la adolescencia. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/generalcomment-no-20-2016-implementation-rights>
- Consejo Nacional de la Infancia. (2018). Análisis multivariable de estudio polivictimización en niños, niñas y adolescentes realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Consejo Nacional de la Infancia. (2015). Estudio "Propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes" realizado por Miguel Araujo y Equipo. Santiago, Chile. Disponible en https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf).
- Consejo Nacional de Infancia (2016). Política Nacional de Niñez y Adolescencia. Sistema integral de garantía de derechos de la niñez y adolescencia. 2015 – 2025. Recuperado: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>
- Dangerfield, M y Carrasco, P. (2024). AMBIT Multi-Team training en Chile. Formación Oficial en Español Certificada por el Anna Freud Centre de Londres. Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales. Abril – Junio. 2024.
- Dangerfield, M (2021) El Proyecto ECID. Un modelo de intervención comunitario para adolescentes de alto riesgo desvinculados de la red asistencial. *Revista Aperturas Psicoanalítica* (68) (2021), pp 1-28. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001167>
- Delahooke, M. (2021). MÁS ALLÁ DE LA CONDUCTA - Descargar PDF | ePUB | Audio. <https://z-library.es/mas-alla-de-la-conducta/> Duarte, C. (2012). Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción. *Última Década*, (36), 99-125.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>
- Finkelhor, D. (2011) Crime, violence and abuse in the lives of children: *Developmental Victimology*.
- [Presentación 5th Violence Prevention Milestones Meeting Cape Town, South Africa. Recuperado de: https://nanopdf.com/download/crime-violence-and-abuse-in-the-lives-of-children-developmental-victimology-davi_pdf](https://nanopdf.com/download/crime-violence-and-abuse-in-the-lives-of-children-developmental-victimology-davi_pdf)
- Fonagy, P. (2015). Usefulness of mentalization psychoanalytic progress. *Ciencias Psicológicas* (9), z 179-196. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9nspe/v9nspea07.pdf>

- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson S. (2009). Child Maltreatment Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68–81. Recuperado de: <https://www.kau.se/files/2017-09/Child%20maltratment%20Lancet%203%20jan%202009.pdf>
- Holden, M., Turnbull, A., Holeden, J., Heresniak, R. Ruberty, M. & Saville, E. (2020). *Therapeutic Crisis Intervention. Manual para el estudiante*, Cornell University.
- Holden, M. (2023). *CARE Model: Creating Conditions for Change, Third Edition (SPANISH)*, The Child Welfare League of America. Cornell University.
- Hummer, V.; Dollard, N.; Robst, J. y Armstrong, M. (2010). Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: a curriculum for organizational change. *Child Welfare* 89(2):79-95. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20857881/>
- Hormazábal, K. (2022). Consecuencias de las trayectorias de institucionalización en el sistema de cuidado alternativo residencial de niños, niñas y adolescentes en Chile. *Niñeces en Perspectiva de Derechos Humanos. Nuevas Rutas Interventivas*, 12(1), 1-21.
- Hornberger, L. (2006). Adolescent psychosocial growth and development. *J. Pediatr Adolesc Gynecol* (19)243 - 6.
- Instituto Nacional de la Juventud (2022). *Encuesta Nacional de Juventudes 2022*. Recuperado de https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C. y Monje, G. (2021). La Complejidad del Trauma Complejo del Desarrollo: Una Propuesta del Modelo de Apego y Complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32 (120), p. 105-124. Recuperado de: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34668/25642>
- Lessinger, J., Haag, C. & Dalbosco, D. (2006). Neuroplasticidade e resiliencia em crianças e adolescentes vítimas de mastratos. En D. Dalbosco,
- S. Koller & M. A. Matter (Eds.), *Resiliencia e psicología positiva: Interfaces do risco à proteção*. Casa do Psicólogo. 66-77.
- Martínez, A. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, 46, 7-31.
- Merrick, M., Litrownik, A., Everson, M. & Cox, C. (2008). Más allá del abuso sexual: el impacto de otras experiencias de maltrato en los comportamientos sexualizados. *Maltrato infantil*, 13 (2), 122-132. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1077559507306715>
- MINSAL (2023). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Subsecretaría de Salud Pública. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-al-profesional-salud-joven-y-adolescente/>
- MINSAL (2018a). *Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud*.
- MINSAL (2018b). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia (2018). Plan de acción nacional de niñez y adolescencia 2018 – 2025. Recuperado de http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Plan_Accion_NNA_2018-2025.pdf
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29(2), 203-224.
- Orben, A., Tomova, L., Blakemore, S. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet child adolescent*, vol. 4(8), 634-640.
- Organización de Naciones Unidas, ONU. (2016). Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 20. La aplicación de los derechos del niño y niña durante la adolescencia. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights>
- ONU (2011). Observación general N° 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. <https://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-13-derecho-nino-no-ser-objeto-ninguna-forma-de-violencia-2011.pdf>
- ONU (2006). Observación general N° 8. El derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes. Comité de los Derechos del Niño.
- OMS (2022). *Maltrato Infantil*.
- OMS (2020). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños. OMS (2014). *Social determinant of mental health*. Switzerland.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Pereda, N. y Tamarit, J. (2013). *Victimología teórica y aplicada*. Barcelona: Huygens Editorial.
- Pereda, N., Guilera, G. y., Abad, J. (2011). *Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Justicia Centro de Estudios Jurídicos y Formación

Especializada. http://www.ub.edu/grevia/assets/victimologia_desenvolupament_cast.pdf

Pinheiro, P. (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=2954&tipo=documento>

Radzik, M., Sherer, S., Neinstein, L. (2008). Psychosocial development in normal adolescents. En Neinstein, L., Gordon, C., Katzman, D., Rosen, D., Woods, E. (2007) (editores). Adolescent health care. A practical guide. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 27-31.

Rygaard, P. (2005). El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos de apego. Gedisa. Barcelona, España.

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

Sanders, R. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatr Review*, 34, 354 - 358.

SENAME (2021). Orientación Técnica Residencia de Vida Familiar para Adolescentes. Departamento de Protección de Derechos.

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

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2018). Primera encuesta nacional de polivictimización en niños, niñas y adolescentes.

Schweizer, S., Gotlib, I. & Blakemore, S. (2020). The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *American Psychological Association*. Vol. 20 (1) 80-86.

Stein, M. (2005). Resilience and young people leaving care; overcoming de odds. Joseph Rowntree Foundation. Inglaterra. Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Review* (28)78 - 106.

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

UNICEF (2021a). La pandemia incrementó la violencia contra los niños y niñas en América Latina y el Caribe. www.unicef.org. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/la-pandemia-incremento-la-violencia-contra-los-ninos-y-ninas-en-america-latina-y-el-caribe>

UNICEF (2021b). Neurodesarrollo ¿Por qué la adolescencia es una ventana de oportunidad?. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/media/5421/file/Ficha%202%20-%20Neurodesarrollo.pdf>

UNICEF (2022). Análisis de la situación de la niñez y adolescencia en Chile SITAN 2022. Resumen ejecutivo. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/8091/file/sitan%20resumen.pdf>

UNICEF (2014). Observaciones Generales del Comité de los derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.unicef.org/UNICEFObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WE>

UNICEF/Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Justicia y Sociedad (CJS) y Dirección de Estudios Sociales (DESUC) (2021). Violencia contra la niñez y adolescencia en Chile. Estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/informes/violencia-contra-la-ni%C3%B1ez-y-adolescencia-en-chile>

UNICEF (2024). Propuesta de Ajuste al Diseño de las Orientaciones Técnicas vigentes De Programas de Residencia Familiar de Adolescencia Temprana y Residencia Familiar para Adolescentes. Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Pontificia Universidad Católica de Chile, UNICEF [Manuscrito sin publicar]

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

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: e empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047

Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C., Jara, M., Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C., & Jara, M. (2020). Cuidado Informado En Trauma: Un Modelo Emergente Para El Abordaje Del Subtipo Depresivo Con Historia De Adversdad Infantil. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(4), 348–362. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400348>

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

FORMATO DE INFORME DE AVANCE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN UNIFICADO

IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE				
Nombre y apellidos				
Fecha de nacimiento		Edad		Cédula de identidad
Nacionalidad				
Escolaridad	Establecimiento			
Fecha de Ingreso a la modalidad				Motivo de derivación
RIT	Tribunal derivante			N° de informes de avance remitidos.
OLN derivante	Folio derivación			
Domicilio actual				

I. IDENTIFICACIÓN DEL/LA ADOLESCENTE

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

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

Dimensiones	1 Informe	2 Informe	3 Informe	4 Informe
Situación de violencia				
Situación del adolescente				
Capacidades de Cuidado de la familia o del adulto a cargo				
Características del entorno o contexto socio comunitario				

III. ESTADO DE AVANCE DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PII U (debe fundamentar en base a la evaluación del PII U, respecto de las variables de la matriz)

Ámbito: Adolescentes	1 Informe	2 Informe	3 Informe	4 Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2				
Objetivo 3 +				

Ámbito: Familiar	1 Informe	2 Informe	3 Informe	4 Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2:				
Objetivo 3:+				

Ámbito: Comunitario/Redes	1 Informe	2 Informe	3 Informe	4 Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2:				
Objetivo 3 :+				

IV. CONCLUSIÓN

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

Fecha del informe

Identificación y firma de los/las profesionales informantes.

ANEXO Nº2
FORMATO DE INFORME DE EGRESO

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

I. IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE Y DEL ADULTO AL CUIDADO

IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE			
Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		Edad	Cédula de identidad
Nacionalidad			
Escolaridad		Establecimiento	
Fecha de Ingreso a la modalidad			Motivo de derivación
RIT		Tribunal derivante	Nº de informes de avance remitidos.
Domicilio actual			

IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO A CARGO DEL CUIDADO QUE PARTICIPÓ EN LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA			
Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		Nacionalidad	Escolaridad
Cédula de Identidad /Pasaporte			Relación con NNA
Actividad			
Domicilio			Teléfono

II. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS.

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

Dimensiones	Al ingreso (DCE)	Al egreso
Situación de violencia		<ul style="list-style-type: none"> · Interrupción o no de la situación de violencia que informó el DCE. · Factores de riesgo de recurrencia de la violencia abordados en la intervención con el adolescente, la familia y en el contexto. y sus resultados. · Factores protectores de la violencia desarrollados por el/la adolescente, la familia y en el contexto.
Situación del adolescente		<ul style="list-style-type: none"> · Satisfacción de necesidades en el contexto familiar de egreso. · Superación del impacto biopsicosocial de la violencia. · Superación del impacto de la separación familiar en adolescentes ingresados/as a cuidado alternativo. · Habilidades de la vida diaria desarrolladas por adolescentes.
Situación de la familia		<ul style="list-style-type: none"> · Satisfacción de necesidades del adolescente al egreso. · Se logró o no alianza terapéutica con el adulto. · Reunificación con la familia de origen. · Restitución del derecho a vivir en familia a través de otra alternativa de cuidado familiar. · NNA mantiene vínculo con la familia, aunque no hubo reunificación familiar.
Situación del contexto		<ul style="list-style-type: none"> · Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales al adolescente. Cuales se activaron y cuales recibe. · En adolescentes, se activaron o no prestaciones para el tránsito a la vida adulta. · Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales a la familia. Cuales se activaron y cuales recibe. · Aumento de redes comunitarias informales del adolescente. Cuales. · Aumento de redes comunitarias informales de la familia. Cuales. · Aumento de redes comunitarias formales del adolescente. Cuales. · Aumento de redes comunitarias formales de la familia. Cuales.

III. SUGERENCIA TÉCNICA DE EGRESO (desplegable con causales de egreso en plataforma informática del Servicio)

Motivo de solicitud de egreso	Causales de egreso del Servicio, (registro obligatorio, marcar sólo una causal)

IV. CONCLUSIÓN

Fundamentar brevemente, en base a lo informado, la solicitud de egreso del adolescente del Programa.

[1] El rol del cuidador es abordado en el documento del Ministerio de Desarrollo Social, 2024 y Holden, 2023.

[2] La familia de origen es el grupo en el cual el niño, niña o adolescente nacieron y vivieron hasta el momento de ser separados, por diversas causas, de su entorno familiar. Puede estar constituida por los progenitores, ambos o alguno de ellos, solos o con sus nuevas relaciones, los hijos de éstas, etc. Se considera familia de origen al núcleo de convivencia en el que el niño o niña ha transcurrido la mayor parte de su vida al momento de la intervención (RELAF, 2015).

[3] Revisar Diagnóstico Nacional de participación de niños, niñas, adolescencia y familia, noviembre 2022.

[4] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Comité Interministerial de Desarrollo Social, Familia y Niñez, Subsecretaría de la Niñez, Defensoría de la Niñez, Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, Oficinas Locales de la Niñez, Consejo de la Sociedad Civil de la Niñez, Consejo Consultivo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes, Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile.

[5] Se excluye de derivar a línea de cuidado alternativo.

[6] Se sugiere revisar la Observación General N°13 y N°8, pues son una referencia central para la ejecución de éste y todos los programas del Servicio.

[7] Cada una de estas categorías incluye tipos específicos de violencia, por ejemplo, en las categorías de descuido y maltrato psicológico se inscriben las situaciones en que niños, niñas y adolescentes son observadores de violencia de género.

[8] Última actualización CIE-11 febrero de 2022.

[9] Considerando lo señalado en la Ley N°21.302, en su artículo 3, "seguirán siendo sujetos de atención del Servicio quienes tengan dieciocho años o más, siempre que se encuentren bajo cuidado alternativo y cursando estudios".

[10] Para definir el nivel de desprotección, se valoran los resultados de las cuatro dimensiones evaluadas por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado (Características de la violencia o maltrato; Situación del niño, niña o adolescente; Capacidades de los padres/madres o cuidadores/as y Características del contexto o entorno), considerando en la toma de la decisión de ingreso a un programa de cuidado alternativo, la dimensión "Capacidades de los padres/madres o cuidadores/as" , dado que tiene un peso específico superior en la situación actual del niño, niña o adolescente.

[11] De acuerdo al Decreto N°6 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia – Subsecretaría de la Niñez: Aprueba Reglamento que determina las estrategias y lineamientos para el trabajo con familias de los niños, niñas o adolescentes, quienes los tengan legalmente a su cuidado, y otras personas relevantes en la ejecución de las líneas de acción del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, según lo descrito en el artículo 18 bis de la ley N°21.302.

[1 2] La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad considera como Persona con Discapacidad a todo/a aquél/aquella que en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presenta restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (SENADIS, 2023). Desde esta definición, el foco para lograr la igualdad de condiciones en la participación social está en los apoyos que la persona con discapacidad necesita para alcanzar dicho objetivo. La situación de alta dependencia requiere apoyos profundos (importantes y diversos) que son sistemáticos, es decir deben brindarse permanentemente, lo anterior, aunque en cada caso se debe realizar evaluación individual de las necesidades de apoyo, considerando el contexto. (Verdugo, et al.,2021).

[13] En caso de ser una instrucción verbal emanada de la autoridad judicial, el proyecto debe formalizarla en un plazo no superior a 24 horas.

[14] Profesional que forma parte del recurso humano del Programa Preparación para la Vida Independiente.

[15] El artículo 66 de la ley N°21.430, que establece las funciones de las Oficinas Locales de la Niñez, plantea en la letra i) su rol en la articulación de la oferta dirigida a niños, niñas y adolescentes a "... la oferta del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, a través de redes intersectoriales a nivel comunal, regional y nacional, procurando el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la oferta social disponible y a los programas de protección especializados que se requieran".

[16] Se debe tener presente que el funcionamiento de la protección administrativa que será ejecutada por medio de las Oficinas Locales de la Niñez se encuentra supeditado a la publicación del Reglamento dispuesto en el artículo

66 g) de la ley N°21.430.

[17] Convenio bajo Resolución Exenta N°0121, de fecha 18 enero 2019, cuyo propósito es fortalecer y mejorar la salud integral de niños/as y adolescentes atendidos en la protección especializada, incluyendo el tamizaje de riesgo de consumo problemático de alcohol y otras drogas, así como su tratamiento en caso de presentarse.

[18] Convenio bajo Resolución N°2861, de fecha 30 septiembre 2021, en el cual se asegura el correcto traspaso de información entre SENADIS y el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, brindando capacitaciones sobre la discapacidad y facilitando la coordinación entre equipos ejecutores.

[19] Convenio bajo Resolución Exenta N°0201, de fecha 24 marzo 2022, el cual entrega beneficios estudiantiles y acceso a educación superior, acompañando en los primeros años de formación terciaria. Esto, además de informar respecto de procesos de postulación, asesora en la inscripción, preparación y rendición de la PAES.

[20] Cuando se encuentre operativa dicha oferta.

[21] Procedimiento establecido en la Circular N°4, de fecha 2 marzo 2018.

[22] Al respecto, es relevante mencionar que el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia cuenta con la Unidad de Asistencia Técnica, la cual lidera procesos que permiten favorecer la reflexión en los fundamentos en la toma de decisiones y contribuye a la mejora continua de las prácticas de los equipos.

[23] En casos que haya familia identificada durante la vigencia del Programa.

[24] Cabe señalar que los plazos señalados son referenciales, puesto que están sujetos a los avances y/o retrocesos en el logro de los objetivos del Plan de intervención individual Unificado.

[25] De acuerdo con el Reglamento de asignación de cupos, la solicitud de ingreso a cuidado alternativo puede ser realizada por el tribunal en días no hábiles en forma telefónica, debiéndose ingresar al siguiente día hábil a la plataforma informática.

[26] Hace referencia a la organización temporal de una serie de acciones.

[27] El Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico debe disponer de un fondo para movilización dentro de su presupuesto.

[28] La Ley N° 21.302 señala que “ Tratándose de la derivación a un programa de cuidado alternativo como medida de protección de emergencia, el programa de diagnóstico hará la evaluación y sugerencia del plan de intervención una vez ingresado el niño, niña o adolescente al Programa, en el más breve plazo”.

[29] Este plazo es referencial, estando sujeto a los avances que se produzcan durante la intervención para concretar una alternativa familiar estable para el/la adolescente, así como los plazos que determine el Tribunal de Familia o con competencia en familia que ordenó la medida de protección.

[30] Para mayor detalle revisar el Decreto N° 14 que Aprueba el Reglamento que Regula los Mecanismo y Procedimientos de Participación y de Exigibilidad de Derechos del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Ministerio de Desarrollo Social y Familias; Subsecretaría de la Niñez, promulgado el 03 de septiembre del 2021. Disponible en https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/Decreto-14_27-DIC-2021.pdf

[31] Lo señalado, de acuerdo a la ley N°21.020 Sobre Tenencia Responsable de Mascotas y Animales de Compañía, publicada el 2 de agosto de 2017.

[32] Ver Etapa de Ejecución, apartado 3. Espacio ideológico cultural seguro, letra a. Instancias de Participación.

[33] Según Holden (2023), la capacidad de corregulación se define como “un proceso en el que los adultos afectuosos responden a sus necesidades y ayudan a los niños y adolescentes a aprender a calmarse por sí mismos”(p.179).

[34] Propuesta basada principalmente en “Therapeutic Crisis Intervention” del Modelo CARE (Holden et al., 2020); con aportes del Modelo “AMBIT” Tratamiento Integrador Basado en la Mentalización Adaptativa (Dangerfield y Carrasco, 2024); y de la Propuesta de Ajuste al Diseño de las Orientaciones Técnicas vigentes de Programas de Residencia Familiar de Adolescencia Temprana y Residencia Familiar para Adolescentes (UNICEF, 2024). Para profundizar en las acciones señaladas en el cuadro, se sugiere revisar en especial Holden et al., 2020.

[35] Para mayor detalle e información de las técnicas, se sugiere ver Therapeutic Crisis Intervention (Holden et al., 2020).

[36] Para mayor detalle, se sugiere ver Therapeutic Crisis Intervention (Holden et al., 2020).

[37] Para mayor detalle, se sugiere ver Therapeutic Crisis Intervention (Holden et al., 2020).

[38] Basado principalmente en Modelo CARE “Therapeutic Crisis Intervention” (Holden et al., 2020); con aportes del Modelo AMBIT (Dangerfield y Carrasco, 2024); y UNICEF, 2024.

[39] Decreto 14. Reglamento que regula los mecanismos y procedimientos de participación y de exigibilidad de derechos del Servicio Nacional de Protección a la Niñez y Adolescencia.

[40] Para mayor información se sugiere consultar: UNICEF (2021): Guía metodológica para realizar consultas a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial, y UNICEF (2022): Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes.

[41] Ver detalle en: UNICEF (2022). Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento

de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes.

[42] Profesional que forma parte del recurso humano del Programa Preparación para la Vida Independiente.

[43] El trabajo con la familia de el/la adolescente es liderado por el profesional a cargo del proceso de reunificación/revinculación, de manera coordinada y articulada con el Equipo asignado, proceso descrito en la Base Técnica del Programa Fortalecimiento y Revinculación Familiar para Adolescencia y Adolescencia Temprana.

[44] Ámbito que se conecta con el trabajo realizado desde el Programa de Preparación para la Vida Independiente, en el cual participan todos los/las adolescentes, independientes de la alternativa de ingreso proyectada, dado que el objetivo del programa es desarrollar habilidades que favorezcan el ejercicio de la autonomía progresiva.

[45] Profesional que forma parte del recurso humano del Programa Fortalecimiento y Revinculación Familiar para Adolescencia.

[46] Comprendida desde Holden (2023) como “la convicción de una persona sobre su capacidad para tener éxito en una situación en concreto” (p.180).

[47] Para ver el detalle de esta técnica, consultar en: UNICEF (2022): Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes.

[48] Las acciones desarrolladas con la familia orientadas a la reunificación/revinculación y sus resultados, así como el proceso para pasar a la siguiente etapa de sostenibilidad de los cambios, se describen en la Base Técnica del Programa Fortalecimiento y Revinculación familiar para Adolescencia.

[49] Ámbito que se conecta con el trabajo realizado desde el Programa de Preparación para la Vida Independiente, en el cual participan todos los/las adolescentes, independientes de la alternativa de ingreso proyectada, dado que el objetivo del programa es desarrollar habilidades que favorezcan el ejercicio de la autonomía progresiva.

[50] Ver Base Técnica del Programa de Preparación para la Vida Independiente, parte integrante del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado.

[51] Una vez que esté operativo este Programa.

[52] Profesional perteneciente al Programa de Preparación para la Vida Independiente.

[53] El detalle de las acciones de postulación a las “Casas de Transición a la Vida Adulta” y los requisitos generales para los/las jóvenes, se encontrarán en las Bases Técnicas del Programa “Casas de transición a la Vida Adulta”, una vez que se encuentre operativo este Programa.

[54] Para el abordaje con adolescentes inmigrantes, se debe tener en especial consideración el documento “Enfoques Transversales”, específicamente el apartado. I.3.1 “Intervenciones desde el enfoque de interculturalidad con niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de migración” y tener a la vista los siguientes documentos: 1. Resolución Exenta 186 sobre gestión de casos de NNA extranjeros sujetos de atención del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: REX-186-NNA-en el exterior-condiciones-de-vulneración_2022.pdf (sharepoint.com) 2. Resolución Exenta 173 que aprueba protocolo sobre compras de pasajes para la reunificación familiar de un niño, niña o adolescente extranjero: REX-173-COMPRA-PASAJES.pdf (sharepoint.com) 3. Protocolo para la protección de NNA no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional: 30475 (pjud.cl) 4. Por último, es necesario tener a la vista y conocer el Protocolo en: <http://tratadepersonas.subinterior.gob.cl/media/2015/07/MITP-Protocolo-Intersectorial-de-Atenci%C3%B3n-de-V%C3%ADctimas-de-Trata-de-Personas.pdf>

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

[56] Una vez que esté operativo este Programa.

[57] En esta etapa el/la adolescente se encuentra vigente en los programas del Modelo de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado, pues el cambio desde su estadía en la residencia hacia el retorno a la convivencia familiar de origen (u otra alternativa) requiere ser acompañado y no constituye el egreso del Modelo.

[58] Plazo referencial, está sujeto a los avances que se produzcan durante la intervención en esta etapa para concretar una alternativa familiar estable para el niño o niña, así como los plazos que determine el Tribunal de Familia o con competencia en familia que ordenó la medida de protección.

[59] En caso de requerirse, y siempre y cuando no vaya en desmedro de los objetivos de la intervención, algunas sesiones de trabajo podrán ejecutarse vía telemática.

[60] Considerando lo señalado en la Ley N°21.302, en su artículo 3, “seguirán siendo sujetos de atención del Servicio quienes tengan dieciocho años o más, siempre que se encuentren bajo cuidado alternativo y cursando estudios”.

[61] Praxis desarrollada por Tom Andersen, que habla de un espacio de horizontalidad donde todos/as los/as actores (y más) se sumergen en un diálogo diverso y absolutamente respetuoso y ético a la búsqueda de nuevas posibilidades frente al problema. Esas posibilidades aparecen en el propio diálogo.

2° PUBLÍQUESE la presente resolución que aprueba Base Técnica para el funcionamiento de la Residencia de Tipo Familiar por curso de vida, del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, ejecutadas por equipos de colaboradores acreditado del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, de la línea de acción Cuidado Alternativo en la página web institucional.

3° DEJESE SIN EFECTO la resolución exenta N°1147, de 13 de octubre de 2025, de la Dirección Nacional de este Servicio, que aprobó la Base Técnica para el funcionamiento de la Residencia de Tipo Familiar por curso de vida, del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia, ejecutadas por equipos de colaboradores acreditado del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, de la línea de acción Cuidado Alternativo, de acuerdo a lo señalado en el presente acto. Sin perjuicio de lo indicado, la base técnica aprobada mediante la resolución exenta N°1439, de 16 de diciembre de 2024, de esta Dirección Nacional, continuará vigente y aplicable respecto de los concursos públicos y convenios que se rigieron por aquélla.

ANÓTESE Y ARCHÍVESE



CLAUDIO ALFONSO CASTILLO CASTILLO
Director Nacional

Anexos

Nombre	Tipo	Archivo	Copias	Hojas
Res Ex Residencia Adolescencia	Digital	Ver		

XPJ/GWC/PSA/AMC/MMC/CCG/MPN

DISTRIBUCIÓN:

1. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ARICA
2. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - TARAPACÁ
3. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ANTOFAGASTA
4. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ATACAMA
5. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - COQUIMBO
6. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - VALPARAÍSO
7. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - METROPOLITANA
8. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - MAULE
9. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ÑUBLE
10. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - BIOBIO
11. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LA ARAUCANÍA
12. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS RÍOS
13. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS LAGOS
14. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - AYSÉN
15. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - MAGALLANES
16. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - O'HIGGINS
17. DIVISIÓN DE SUPERVISIÓN EVALUACIÓN Y GESTIÓN
18. FISCALÍA
19. OFICINA DE PARTES



Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
<https://ceropapel.servicioproteccion.gob.cl/validar/?key=23566219&hash=05b5c>