

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

RESOLUCIÓN EXENTA N° 01146/2025

SANTIAGO, lunes, 13 de octubre 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 nombró 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° 1440, de 2024, de la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en las resoluciones N°s. 36, de 2024 y 08, de 2025, ambas de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

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

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

3°. Que, el artículo 18 de la ley N° 21.302, establece que el Servicio desarrollará su objeto a través de las líneas de acción que indica, entre ellas, la de 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 temprana, el cual aborda a está dirigida a niños, niñas y adolescentes entre 9 años a 13 años, 11 meses y 29 días de edad, los cuales se encuentran en una situación de desprotección avanzada^[1], razón por la cual han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar, por orden judicial, decretada por un juez/a con competencia en Familia. Excepcionalmente, podrán ingresar a esta residencia niños, niñas o adolescentes si así lo justificara la consideración de su interés superior, ya sea para facilitar la intervención con las familias y redes, evitando el desarraigo; o bien para impedir la separación de hermanos/as de edades cercanas con quien exista vínculo afectivo, entre otras. Son también participantes del programa las familias o adultos que estaban al cuidado de los/las adolescentes previo al ingreso con quienes la residencia realiza intervenciones dirigidas a la pronta restitución del derecho a vivir en familia, y aquellos adultos familiares o adultos/as relacionados/a que mantienen una vinculación positiva con los/las adolescentes para la intervención, siempre y cuando no exista una disposición de la autoridad judicial que lo impida.

8°. Que, en cuanto al circuito de ingreso al modelo residencial terapéutico integrado, hay que indicar que, 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 programa de diagnóstico realizará la evaluación y elaboración del Plan de Intervención Individual durante su permanencia en el proyecto de cuidado alternativo, coordinadamente, para evitar la sobre intervención y cumplir los plazos estipulados.

9°. 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.

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° 1440, de 2024, de la Dirección Nacional de ese Servicio, se aprobó la Base Técnica para las residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia temprana.

12°. Que, es necesario efectuar algunas modificaciones a dicha Base Técnica, en relación a su Matriz Lógica y 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 temprana 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 temprana 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 TEMPRANA

LINEA DE ACCIÓN

CUIDADO ALTERNATIVO

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.

II. MARCO NORMATIVO.

III.	<u>ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO INTEGRADO.</u>
IV.	<u>CONCEPTUALIZACIÓN.</u>
4.1	<u>Adolescencia Temprana desde un enfoque de curso de vida.</u>
4.2	<u>Violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los/as adolescentes.</u>
4.3	<u>Cuidado residencial terapéutico con adolescentes.</u>
V.	<u>PARTICIPANTES DE LA RESIDENCIA.</u>
VI.	<u>RUTA DE INGRESO.</u>
VII.	<u>ÁMBITOS DE ACCIÓN.</u>
7.1	<u>OBJETIVOS.</u>
7.2.	<u>COMPONENTES.</u>
7.2.1.	<u>Residencialidad Terapéutica.</u>
7.2.2.	<u>Acompañamiento Terapéutico al o la adolescente.</u>
7.2.3.	<u>Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitarios.</u>
7.4.	<u>ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN.</u>
7.5.	<u>MATRIZ LÓGICA.</u>
VIII.	<u>RECURSOS.</u>
8.1	<u>GESTIÓN DE PERSONAS.</u>
8.2	<u>INFRAESTRUCTURA.</u>
IX.	<u>SISTEMA DE REGISTRO.</u>
X.	<u>REFERENCIAS.</u>
XI.	<u>ANEXOS.</u>

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la Base Técnica del **Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana, el cual aborda a niños, niñas y adolescentes de 9 a 13 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.

Según lo establecido 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, este Programa corresponde a la Línea de acción Cuidado Alternativo (Art. 18) 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, lo cual se realiza a través de un Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

La ejecución conjunta de los Programas de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana y de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, 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 transitoriamente de su contexto familiar y comunitario.

En el sentido 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/das como de los equipos residenciales** (Vitriol et al., 2020 en UNICEF, 2024). En este enfoque es central el trabajo del equipo, en especial, el papel del/la cuidador/a terapéutico/a, quien es el/la adulto/a que brinda asistencia al/la adolescente en las actividades diarias, además de experiencias para avanzar en su desarrollo, creando oportunidades de autonomía y respecto de la relación con otros/as niños, niñas o adolescentes y adultos/as^[2].

El Modelo Residencial Terapéutico Integrado atiende población adolescente, es decir, que se encuentra en el período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, éste se inicia con la pubertad y se caracteriza por intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales (Güemes-Hidalgo et al., 2017). 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).

El modelo acompaña a adolescentes y familias durante el acogimiento residencial transitorio y trabaja con la familia de origen para la reunificación como prioridad, y si esto no es posible, para mantener vínculos y definir otra alternativa de cuidado familiar permanente en una familia adoptiva.

En cuanto al circuito de ingreso al Modelo Residencial Terapéutico, hay que indicar que la puerta de entrada 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 proyecto de cuidado alternativo, coordinadamente, para evitar la sobre intervención y cumplir 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, en las opiniones de niños, niñas y adolescentes respecto de la atención que reciben en los programas del Servicio[3] y en los aportes del documento de UNICEF, 2024 (sin publicar).

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 temprana 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 Programa y las rutas de ingreso a la modalidad, a lo que sigue el desarrollo del diseño metodológico del Programa, a través de los siguientes ámbitos de acción: objetivos, estrategias, 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 y 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.

La presente Orientación 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 Art. 2 de la ley N°21.302 (BCN, 2021), 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 Art. 1 de la ley N°21.430 Sobre Garantías y Protección Integral de los derechos de la Niñez y Adolescencia (BCN, 2022) 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 (Art. 25) y, en caso de aquellos/as gravemente amenazados o vulnerados, el Art. 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 IV 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 Art. 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. 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, lo anterior, para los **Programas de Cuidado Alternativo y específicamente el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana esta medida siempre es judicial.**

Los órganos competentes para la adopción de una medida de protección (OLN y Tribunal con competencia en Familia) deben **solicitar la asignación de cupos** a la Dirección Regional correspondiente al domicilio del niño, niña o adolescente, en los programas de protección especializada del Servicio de acuerdo a los establecido en el Art. 8, letra t en concordancia con el Art. 19 ambos de la ley N°21.302, normas que establecen que es el Director/a Regional del Servicio de Protección

Especializada el encargado/a de informar el proyecto dentro de las líneas de acción dispuestas por ley, al cual el órgano competente deberá ordenar el ingreso del niño, niña o adolescente, mecanismo que se encuentra operacionalizado en el Decreto Supremo N° 12 del 2021 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez[5].

En lo referente al Cuidado Alternativo, la ley N°21.302 establece que el Servicio debe proveer oferta programática toda vez que un niño, niña o adolescente requiera cuidado alternativo 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 los niños, 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/as adolescentes permanezcan en cuidado residencial, es el 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 de los niños, niñas y adolescentes, así como de las facultades de sus padres o de las demás personas que la ley disponga, hasta el egreso de la modalidad (Art.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 Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana, 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 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 (Art.23.1). **Es importante enfatizar que el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana y el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar se articulan en el Modelo Residencial Terapéutico Integrado.**

III. ELEMENTOS A 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 previamente, el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana exige una implementación conjunta con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, esto, de acuerdo con la ley N°21.302, que en su Art. 24 señala que las "líneas de acción de cuidado alternativo incluyen el desarrollo de un trabajo permanente de fortalecimiento familiar y revinculación del/a adolescente con su familia..." (BCN, 2021, p. 20).

Por lo tanto, el ingreso de un/a adolescente al Programa Residencial Terapéutico automáticamente genera su ingreso al programa Fortalecimiento y Revinculación Familiar. En atención a lo anterior, se define un **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**, entendiéndose como el que comprende los programas antes señalados, el cual se operacionaliza en un espacio físico común.

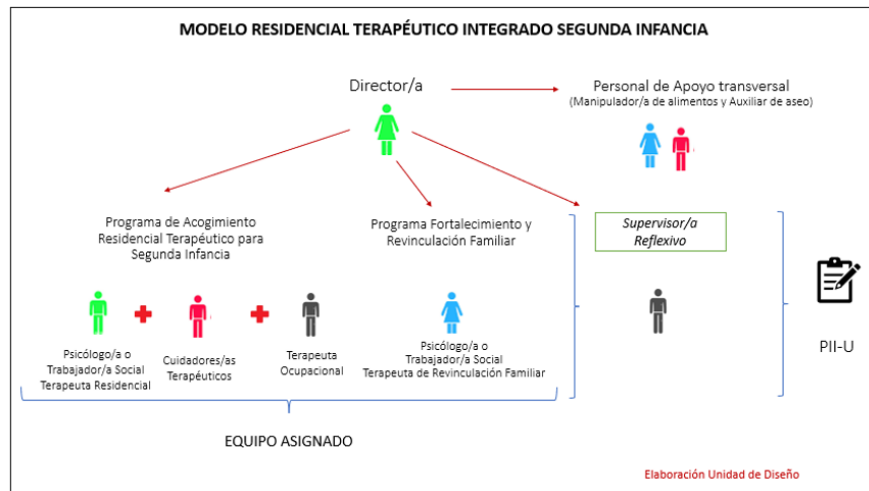
El Modelo Residencial Terapéutico Integrado es ejecutado por el **Equipo Integrado** y está constituido por todos los/las profesionales, técnicos y personal de apoyo transversal de ambos programas, liderado y articulado por la figura del Director/a (que es compartido por la Residencia y el Programa Fortalecimiento Familiar), cuyas acciones, desde su especificidad, persiguen un fin común, que es la restitución del derecho de los/as adolescentes a vivir en una familia estable y protectora.

Por otra parte para el acompañamiento personalizado a cada adolescente y su familia se conforma el **Equipo Asignado**, constituido por el/la Psicólogo o Trabajador/a social de la residencia, el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, el/la Terapeuta Ocupacional de la residencia y un/a Cuidador/a Terapéutico de la residencia, los cuales son responsables del ajuste e implementación del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) del/la adolescente de manera coordinada y colaborativa.

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 y Revinculación encargado/a de acompañamiento terapéutico familiar, siendo necesario que sea de la profesión complementaria para resguardar la mirada psicosocial.

Cabe señalar que el Plan de Intervención Unificado (PII-U) corresponde al instrumento técnico de planificación de la intervención que estipula los objetivos, actividades, plazos y responsables, de acuerdo con la situación, necesidades y características del niño/a, adolescente y su familia y es construido participativamente. Este emana del Plan de Intervención Individual elaborado por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado el cual se actualiza en este modelo integrado.

A continuación, se presenta de manera gráfica el Modelo Residencial Terapéutico Integrado:



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.

Al respecto, es crucial comprender que los integrantes del equipo que trabajan con cada adolescente y su familia de origen desarrollan distintos roles y acciones, lo cual no implica jerarquías entre ellos/as, sino que, por el contrario, requieren de coordinación y colaboración para alcanzar los objetivos establecidos en el PII-U, siendo responsabilidad del Director/a crear un clima laboral y ejercer un liderazgo que permita asegurarlo.

El Equipo Integrado en su conjunto participa en la Residencialidad Terapéutica, la cual se refiere al: "...uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, construido a propósito, diseñado para desarrollar o proveer tratamiento, educación, socialización, apoyo y protección a niños y jóvenes con necesidades reconocidas de salud mental o conductuales, en cooperación con sus familias y la colaboración de un amplio espectro de recursos comunitarios formales e informales" (Whittaker et al., 2017, p. 3), siendo la base para alcanzar los objetivos del Plan de Intervención Individual Unificado elaborado mancomunadamente entre el Equipo Asignado, el/la adolescente y su familia.

Supervisor reflexivo, es parte del equipo integrado y 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.

IV. MARCO CONCEPTUAL

En el presente apartado se entrega el marco conceptual en el cual se sostiene la apuesta técnica de las Residencias Terapéuticas para Adolescencia Temprana, abordando las siguientes materias: adolescencia temprana desde un enfoque de curso de vida; Violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los/as adolescentes y Cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la adolescencia temprana.

4.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA DESDE UN ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N°20 establece que la adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por crecientes oportunidades, capacidades, aspiraciones, energía y creatividad, pero también por un alto grado de vulnerabilidad (ONU, 2016).

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta (UNICEF, 2021), proceso influenciado por el contexto y el entorno, como se observa en la diversidad de expectativas culturales relacionadas con los adolescentes en las legislaciones nacionales, que prevén distintos umbrales para comenzar a desempeñar actividades de la vida adulta.

La adolescencia temprana para efectos de la presente base técnica incluye las edades desde los nueve a los trece años en función de lo señalado por el Comité de los Derechos del Niño, Observación N°7 (ONU, 2005), quienes señalan el término de la primera infancia a los 8 años.

Respecto de sus características, la adolescencia temprana es una etapa donde comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos y las características sexuales secundarias, y que limita con la "adolescencia tardía", etapa donde se desarrolla más fuertemente la capacidad de evaluar riesgos, tomar decisiones conscientes y asumir con mayor claridad una identidad (UNICEF, 2011).

Reconocer a esta población desde un **enfoque de curso de vida** permite revisar sus trayectorias y los apoyos que requieren para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, a través del respeto, protección y ejercicio pleno del conjunto de derechos. Este 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, p.31). 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 de Infancia, 2016). Por lo tanto, no sólo supone su edad cronológica, sino cómo ese grupo etario se desarrolla en un contexto sociocultural y tiempo determinado.

Conceptos claves dentro de este enfoque son los de **trayectoria y transición**, que otorgan una mirada a largo plazo. La **trayectoria** alude al itinerario de vida de las personas; el proceso que marca el comienzo y fin de un ciclo entendido como

un todo unitario, en cambio, la **transición** hace referencia 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” (Sepúlveda 2010, p.34), como sería para los niños/as el ingreso a la escuela, a partir de lo cual se constituyen en estudiantes. Otra denominación son los **turning point** (puntos de retorno), los cuales “son eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida” (Blanco, 2011, p.13). Estos eventos son fácilmente identificables y pueden ser favorables o desfavorables, entre los cuales podrían reconocerse las situaciones de desprotección que afectan a los niños y las niñas que motivan su ingreso a cuidado alternativo residencial.

Por su parte, esta subetapa de la adolescencia requiere considerarse desde una perspectiva de desarrollo que los/las considera actores en el ejercicio de sus derechos, superando una mirada asistencial. Dichas características son: la multidimensionalidad, ya que incluye el mejoramiento de diversas áreas; la potencialidad, referida al conjunto de capacidades que se pueden desarrollar si se cuenta con las condiciones apropiadas; la continuidad, puesto que el nacimiento marca el comienzo de un proceso que se extiende toda la vida (Myers, en Amar Abello y Tirado, 2014). En este sentido, un modelo integral de atención a la niñez requiere considerar de manera interrelacionada distintas dimensiones, es decir, lo que le ocurre con su entorno socio-comunitario. Asimismo, las relaciones entre éstos/as con su medio no se presentan en una sola dirección, pues él o ella son influenciados por el medio, pero también los/as adolescentes impactan y modifican sus entornos con sus acciones, intenciones, inteligencia y afectos (Amar Abello y Tirado, 2014). Esta mirada es muy coherente con el enfoque de derechos de la niñez, ya que les considera como sujetos titulares de dichos derechos y como agentes activos que participan en la sociedad, lo cual tendría que promoverse especialmente en aquellos/as que permanecen en cuidado residencial.

En esta etapa es donde “comienzan a manifestarse los cambios físicos externos y cambios internos cerebrales (súbito desarrollo eléctrico y fisiológico) con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental” (UNICEF, 2017, p.4). Asimismo, se inicia el desarrollo del lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones (UNICEF, 2017). Se releva que en este desarrollo los/las adolescentes deben contar con un espacio claro y seguro para conciliarse con esta transformación, libres de la carga que supone realizar funciones propias de adultos y con el apoyo de personas referentes en el hogar, la escuela y la comunidad (UNICEF, 2017). Al respecto, hay autores que sostienen que esta etapa está asociada a un fenómeno generacional de “adelantamiento de la adolescencia”, donde las nuevas tecnologías cumplen un rol socializador que permite el acceso a terrenos simbólicos propios de la adultez en épocas anteriores (Serapio, 2006).

En cuanto a lo **físico**, deben adaptarse a un nuevo sentido de sí mismos/as, dado que en la adolescencia temprana se experimentan cambios físicos rápidos y profundos provocados por las hormonas que actúan en diferentes partes del cuerpo, que incluyen: el crecimiento desparejo de huesos, músculos y órganos que puede producir una apariencia torpe, cansancio frecuente, gran preocupación por la imagen corporal debido a dichos cambios físicos (Teipel, 2020).

Respecto de lo anterior, también deben adaptarse a un cuerpo que madura en lo sexual y que conlleva a nuevas sensaciones, buscando establecer un **sentido de identidad**. Esto incluye incorporar la masculinidad y/o feminidad, establecer valores acerca del comportamiento sexual y adquirir destrezas para las relaciones amorosas. De este modo, pasan de identificarse como una extensión de sus padres (en la niñez) a reconocer su singularidad y separación de ellos, así adoptan un sentido de sí mismos como individuos y como seres conectados con otras personas. Refinan su sentido de identidad en torno a temas como el género, los atributos físicos, la sexualidad y el origen étnico. Un resultado de este proceso es la experimentación con “identidades” diferentes y temporales por medio de distintos estilos de vestimenta, joyas, música, peinado, modales y estilo de vida. Esta preocupación por la imagen va aumentando a medida que avanza a la adolescencia propiamente tal, necesitando reafirmarse en su identidad, ya que se siente inseguro/a de su apariencia y se compara frecuentemente con el cuerpo de otros niños/as y de estereotipos culturales (Gaete, 2015).

En la adolescencia temprana también se experimentan cambios significativos en su **capacidad de pensar**. Al pasar del pensamiento concreto al abstracto, son cada vez más capaces de entender y dominar las ideas abstractas, pensar en diferentes posibilidades, prever, pensar sobre el pensamiento y “ponerse en los zapatos de otra persona” (Teipel, 2020). Con esta nueva forma de pensamiento, los/as adolescentes adquieren una comprensión más compleja del comportamiento moral y los principios subyacentes de justicia. Cuestionan y evalúan las creencias de la niñez y reestructuran estas convicciones en una ideología personal (por ejemplo, valores más significativos desde el punto de vista personal, opiniones religiosas y sistemas de creencias para orientar las decisiones y conductas). Del mismo modo, este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase, debido a los notables cambios en la manera de procesar la información, el niño o niña podría percibir un incremento en el desafío asociado a lo académico (Gaete, 2015).

En esta etapa también negocian un cambio en la relación con los padres o personas a cargo de sus cuidados que comienza a equilibrar la autonomía (independencia) con los lazos afectivos. En general, la tarea del/la adolescente consiste en buscar maneras de separarse y, al mismo tiempo, buscar otras maneras de mantener y redefinir los vínculos, a fin de generar el espacio para una relación más adulta que cumpla con las expectativas culturales y ofrezca el apoyo necesario. De este modo, en este periodo las relaciones con sus pares se intensifican y desempeñan un rol creciente en el proceso de formación de la imagen de sí mismo y de sus interacciones (Teipel, 2020).

De igual modo, se espera un aumento notable de la autonomía con relación a las etapas anteriores; pero dado que la personalidad de los/las adolescentes sigue estando en proceso de formación, es fundamental el vínculo que establecen con sus cuidadores primarios y/o adultos/as significativos. En el caso de adolescentes que hayan vivido experiencias adversas durante su desarrollo, a partir de las cuales exista un daño asociado y el cual incluso pudiera haberse cronificado en el tiempo, el generar un espacio de confianza y apoyo entre el adulto y el niño o niña es fundamental para que se logre reparar la posibilidad de vincularse de un individuo (Grant, 2011).

Finalmente, hay que señalar que lo expuesto en este apartado es importante para considerarse transversalmente en la forma de estructurar la Residencialidad Terapéutica y en el proceso de acompañamiento a cada adolescente, a fin de responder a sus necesidades evolutivas y características particulares, enmarcadas en su contexto histórico y socio cultural.

4.2 VIOLENCIA Y SEPARACIÓN FAMILIAR: EFECTOS EN EL DESARROLLO DE LOS/AS ADOLESCENTES

El Comité de Derechos del Niño frente a la persistencia de la violencia a nivel mundial hacia niños, niñas y adolescentes,

emite la Observación General N° 13 referida al “Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” y solicita a los Estados parte reforzar y ampliar las medidas destinadas a terminar con ésta, aportando orientaciones que les permitan ajustar su legislación para prohibir y sancionar todas las formas de violencia hacia niños, niñas y adolescentes (ONU, 2011).

En dicha Observación General se 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), añadiendo que los diferentes tipos de violencia son ejercidos por distintos actores (adultos, otros niños o autoinflingida) siendo frecuentes aquellas producidas en el ámbito familiar, por lo que es preciso adoptar medidas de intervención y apoyo en dichos casos (ONU, 2011). En las formas de violencia se incluye el castigo corporal o físico y otras formas de tratos crueles o degradantes hacia los niños, niñas y adolescentes, según lo establecido en la Observación General N° 8 (ONU, 2006).

De acuerdo a lo anterior, los tipos de violencia o maltrato incluyen el descuido o trato negligente, la violencia mental o maltrato psicológico, la violencia física, el abuso y la explotación sexual, tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes, violencia entre niños, autolesiones, prácticas culturales perjudiciales (tales como mutilación femenina, ritos iniciáticos, matrimonio forzado), 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).

Es importante comprender el fenómeno de la violencia desde el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979), desde el cual destaca su naturaleza multi-causal y multi-facética. El modelo enfatiza que la violencia es producida por una combinación de factores, que actúan en diferentes niveles -macrosistema, exosistema, mesosistema y microsistema-, 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 los entornos donde el niño interactúa: familia, escuela, instituciones, lugares de trabajo, comunidad y la sociedad en general (Pinheiro, 2006). Por su parte, Morelato (2011) plantea que hay factores de riesgo y protección presentes en todos los niveles o subsistemas. Dentro de los factores de riesgo macro, se encuentran las condiciones de desigualdad, la inequidad, los desplazamientos forzados y, las crisis sociales y sanitarias, como la reciente pandemia, que incrementó la violencia contra los niños y las niñas en Latinoamérica y el Caribe (UNICEF, 2021b). Igualmente incide el adultismo, término que hace referencia al prejuicio que acompaña la valoración de la niñez y la adolescencia, normalizando prácticas de violencia como método válido de formación, en el contexto de una importante asimetría de poder físico, psicológico y económico (Saracostti et al., 2015).

En relación con las cifras de violencia hacia niños, niñas y adolescentes en nuestro país, el Estudio de Violencia contra la niñez y adolescencia dirigido a cuidadores/as de niños, niñas y adolescentes, indica que, si bien el 53% de las personas encuestadas reportan únicamente las prácticas positivas como efectivas, existe un importante porcentaje que aún considera que las prácticas violentas son efectivas en la crianza (47%). El estudio releva que los cuidadores/as maltratados en su infancia validan estas prácticas y las consideran efectivas en mayor proporción (61,5%), respecto de quienes vivieron maltrato, pero no lo validan (43,7%) y quienes no sufrieron maltrato (44,4%). En dicho estudio se reporta, además, que el grupo de niños, niñas y adolescentes de 4 a 13 años es el más sometido a violencia psicológica y general (UNICEF, 2021b).

Por su parte, el Estudio de Polivictimización utiliza la definición de Finkelhor, es decir, la experiencia de múltiples formas de victimización o violencia interpersonal a lo largo de la niñez y la adolescencia, dando paso a experiencias destructivas y/o maltratos multifocales que impactan y generan daño en el desarrollo del niño, niña o joven (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Finkelhor, 2011), lo que viene a instalar una nueva forma de mirar las victimizaciones de distintos tipos desde la perspectiva del análisis de las trayectorias. El estudio considera una prevalencia de polivictimización en vida a aquellos niños y niñas que se ubican a partir del percentil 10 de la curva, lo que corresponde en el caso de Chile a aquellos que han sufrido 14 victimizaciones o más durante su vida. En cuanto a la prevalencia año, se estima que un niño o niña ha sido polivictimizado durante el último año si se encuentra ubicado a partir del 8% de la muestra, lo que corresponde a aquellos que han sufrido 9 o más victimizaciones en el último año (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2018).

Como es posible observar, estas cifras dan cuenta de que las prácticas de crianza violenta son comportamientos no solo arraigados socioculturalmente, sino también, validados en nuestro país.

Frente a lo anterior, es posible señalar que existe consenso en la literatura especializada sobre los distintos efectos que genera la violencia en la vida actual y futura de las personas. Al respecto, Felitti (2002) acuña la noción de **Experiencias Adversas en la Niñez (ACE)**, definiéndolas como eventos que ocurren en la infancia y que pueden ser potencialmente traumáticos. Dichas experiencias dependen de la ocurrencia de una cadena de eventos negativos relacionados entre sí, sumado a la falta de recursos individuales, familiares y/o ambientales para enfrentarlos satisfactoriamente y regular su impacto en el ciclo de vida del niño/a (Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017). Los hallazgos de las investigaciones sobre esta materia arrojan asociaciones entre experiencias adversas con impacto en el neurodesarrollo, el desarrollo social, emocional y cognitivo, la afectación en la salud física y, finalmente, la expectativa de vida (Anda et al., 2006).

Por todo lo anterior es posible establecer que no todas las experiencias adversas son experiencias traumáticas, siendo relevante distinguir conceptualmente las experiencias adversas del trauma (Cohen & Mannarino, 2017; Van der Kolk, 2015).

Según la definición de SAMHSA (2014): “El trauma individual es el resultado de un suceso, serie de sucesos o conjunto de circunstancias que un individuo experimenta de forma física y/o que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento y la salud mental, física, social, emocional o espiritual” (p.7). La misma institución (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de Estados Unidos) 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, 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 factores, como sus creencias culturales, la disponibilidad de apoyo social y su etapa de desarrollo, entre otros y (3) **el efecto adverso y persistente de los eventos**, que son un elemento crítico del trauma, cuya duración puede ser de corto a largo plazo y presentarse de manera inmediata o tardía.

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.

Las experiencias adversas y traumas en la niñez pueden impactar directamente al desarrollo y funcionamiento del cerebro.

Para una mejor comprensión de ello, (Paul McLean, 1990, en Holden, et al., 2020, p. 32 y 33) se plantean aportes desde el **modelo del cerebro triúnico**, conformado por tres regiones básicas del procesamiento cerebral: (1) **Cerebro de supervivencia**, “este sistema del cerebro, conocido como cerebro reptiliano, es responsable de funciones de supervivencia como la respiración, el ritmo cardíaco, la circulación y la mayoría de las funciones corporales (autónomas) que no requieren un pensamiento consciente”; (2) **Cerebro emocional**, denominado “sistema límbico, es el centro de las emociones, el comportamiento emocional y la motivación. En esta parte del cerebro se encuentra la amígdala, también conocida como centinela. La función de la amígdala es determinar si algo es o no una amenaza” y (3) **Cerebro pensante**, “se trata del neocórtex y es responsable de funciones superiores como el razonamiento, el lenguaje, la creatividad y el pensamiento abstracto”.

El mismo autor (Mc Lean 1990, en Holden et al., 2020) plantea que los niños/as y adolescentes que han experimentado traumas y adversidades en la relación con sus figuras de cuidado tienen el cerebro emocional permanentemente en alerta máxima. En estos casos, la amígdala, que es muy sensible, envía mensajes de peligro aun cuando no exista un peligro real, situación en que el cerebro de supervivencia toma el control, sin darle tiempo a que el cerebro pensante intervenga para desarrollar habilidades de regulación emocional. Lo anterior genera una respuesta de estrés, entrando en modo de supervivencia ante la amenaza, la cual puede ser activada por un recuerdo o memoria de eventos pasados, por una imagen o sonido, ya que estos se almacenan en el cerebro emocional (Mc Lean 1990, en Holden et al., 2020, p. 32 y 33).

En el contexto residencial, los/las adolescentes tienden a reaccionar frente a las situaciones, a recrear eventos y relaciones traumáticas, a estos comportamientos se les denomina **comportamientos basados en el dolor**, pudiendo tomar distintas formas, como: arrebatos impulsivos, conductas agresivas, huidas, autolesiones, desafío, retraimiento e inflexibilidad (Holden et al. 2020). Dichos comportamientos suelen desencadenarse cuando los/las niños/as o adolescentes sienten pérdida de control, recuerdan un evento traumático (consciente o inconscientemente), se sienten amenazados/as, vulnerables, con temor, frustrados/as o agobiados/as y cuando esto ocurre su funcionamiento cerebral entra en modo de crisis y supervivencia, siendo incapaces de autorregularse; de salir del estado emocional activado o gestionar sus comportamientos. Por ello, es imprescindible comprender que, “cualquiera sea el comportamiento que ellos/as manifiesten, aun estando en contextos de cuidado y protección, está estrechamente relacionado con una necesidad y con los sentimientos asociados al intento de satisfacer esa necesidad”, requiriendo para ello indagar el origen que hay a la base del comportamiento (qué dolor o necesidad emocional se está expresando) y no centrarse sólo en la conducta, a fin de responder a sus necesidades, y ayudarles a corregular sus emociones (Holden, et al., 2020, p. 33).

En coherencia con lo antes señalado, Holden, et al. (2020, p.26.), añaden que, los niños/as y adolescentes, “necesitan experiencias normales de desarrollo, relaciones de afecto, oportunidades de participar y contribuir y apoyo para enfrentar los retos del día”. Así también plantean que, dada la adversidad de sus historias, es crucial responder a sus requerimientos y necesidades de manera personalizada, a fin de ayudarles a sanar y recuperar las habilidades perdidas o que no lograron desarrollar. En este sentido, a través de una figura de cuidado adulta pueden aprender a gestionar de manera distinta la multiplicidad de situaciones cotidianas, a resolver problemas y establecer relaciones positivas con otros/as.

Cabe señalar que, a lo anterior, se suma el impacto que puede generar la **separación familiar** que ocurre por una medida judicial, la cual podría ser experimentada como “una ruptura en su experiencia vital, una discontinuidad muchas veces desgarradora como consecuencia de la medida de protección y que no es debidamente acompañada e integrada por los contextos residenciales” (Morales, 2019, p. 57), pudiendo constituirse en un evento traumático (Humphreys, 2011, en Morales 2019). Según el autor, esta separación afectiva hace referencia a tres dimensiones: (1) una experiencia de discontinuidad de las rutinas del niño/a o adolescente; (2) una experiencia de extrañamiento y desplazamiento territorial al salir de su contexto comunitario (3) una experiencia de desarraigo e injusticia que lo/a expone a la pérdida brusca de su historia e identidad, pudiendo afectar sus vínculos afectivos (Spitz, 1965, en Morales 2019), generando un alto sufrimiento subjetivo (Save the Children, 2013). Además, el ingreso al acogimiento residencial puede implicar una nueva vulneración de derechos, si este dispositivo no cuida los vínculos del/la adolescente con su entorno de origen (Marchant, 2015).

Asimismo, Mitchell, Tucci & Tronick, (2020) señalan respecto del acogimiento residencial que no siempre realiza un proceso de transición de los cuidados, al menos no inicialmente, en la mantención de conexión y vínculos afectivos con la familia, lo que perpetúa en el niño, niña o adolescente su sensación de inestabilidad.

En cuanto a los efectos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes, según de Di Lorio y Seidmann (2012) ésta interfiere en su desarrollo emocional y social; altera su vida cotidiana y los/las separa de su grupo de pertenencia, siendo necesario desarrollar acciones que mitiguen el impacto de estas situaciones, prestando atención a las significaciones que éstos/as otorgan a su permanencia en cuidado residencial. De igual modo, De Santiago et al. (2021), señala que tanto la evidencia como estudios científicos son categóricos al presentar los efectos dañinos de la institucionalización, situación que se complejiza, aún más en el caso de los y las adolescentes, a quienes, además, se les adiciona, el período crítico propio de la etapa de desarrollo, asociado a tres aspectos clave, a saber: “conflicto con los adultos, alteraciones del estado de ánimo y conductas de riesgo” (Arne, 1999 como se citó en Musito, Buelga, Lila y Cava, 2001 en De Santiago et al, 2021).

Camacho (2022) señala en el caso de los/as adolescentes que la institucionalización supone, en su mayoría, un alejamiento de su comunidad de origen; un proceso de desterritorialización forzada que los/las distancia de sus barrios y entornos, de sus relaciones sociales y afectivas, siendo relevante la pérdida de sus relaciones con el grupo de pares, que en esta etapa progresivamente va cobrando importancia y tornándose imprescindible en su cotidianeidad, como espacio afectivo e identitario, desplazando a la familia y su influencia.

En síntesis, la evidencia da cuenta de la prevalencia de la violencia que afecta a los niños, niñas y adolescentes y de las graves consecuencias en su desarrollo y trayectoria vital. Los conceptos desarrollados en este apartado relevan la importancia de que el Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana sea un espacio de cuidados sensibles al impacto de la violencia en el desarrollo de los/las adolescentes, que responda a sus necesidades y contribuya a reparar su confianza en las personas adultas a cargo de su cuidado.

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 a 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/as 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 adultos cuidadores respecto del impacto de las experiencias de violencia y adversidades tempranas que han afectado a los/as 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/las adolescentes sensaciones corporales que los conectan con sus historias de trauma, y desencadenan respuestas reflejas, sobre las cuales estos/as no tienen control (UNICEF, 2024). Uno de los objetivos del acogimiento residencial sensible al trauma es remplazar, 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 son el equipo mismo y sus relaciones terapéuticas con los/las adolescentes (Holden, 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 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/as 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, que reconoce sus sentimientos, es lo que ayuda a reconstruir su

seguridad emocional (Holden, et al.,2020), permitiendo a los/as 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 Holmes et al. (2020), e/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 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 (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

La presente modalidad de cuidado alternativo residencial está dirigida a niños, niñas y adolescentes entre 9 años a 13 años, 11 meses y 29 días de edad, los cuales se encuentran en una situación de desprotección avanzada[6], razón por la cual han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar, por orden judicial, decretada por un juez/a con competencia en Familia.

Excepcionalmente, podrán ingresar a esta residencia niños, niñas o adolescentes si así lo justificara la consideración de su interés superior, ya sea para facilitar la intervención con las familias y redes, evitando el desarraigo; o bien para impedir la separación de hermanos/as de edades cercanas con quien exista vínculo afectivo, entre otras.

Son también participantes del programa las familias o adultos que estaban al cuidado de los/las adolescentes previo al ingreso con quienes la residencia realiza intervenciones dirigidas a la pronta restitución del derecho a vivir en familia, y aquellos adultos familiares o adultos/as relacionados/a que mantienen una vinculación positiva con los/las adolescentes para la intervención, siempre y cuando no exista una disposición de la autoridad judicial que lo impida.

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[7], en tanto, deben ser ingresados a modelos residenciales específicos, a fin de responder acabadamente a sus necesidades.

VI. RUTA DE INGRESO

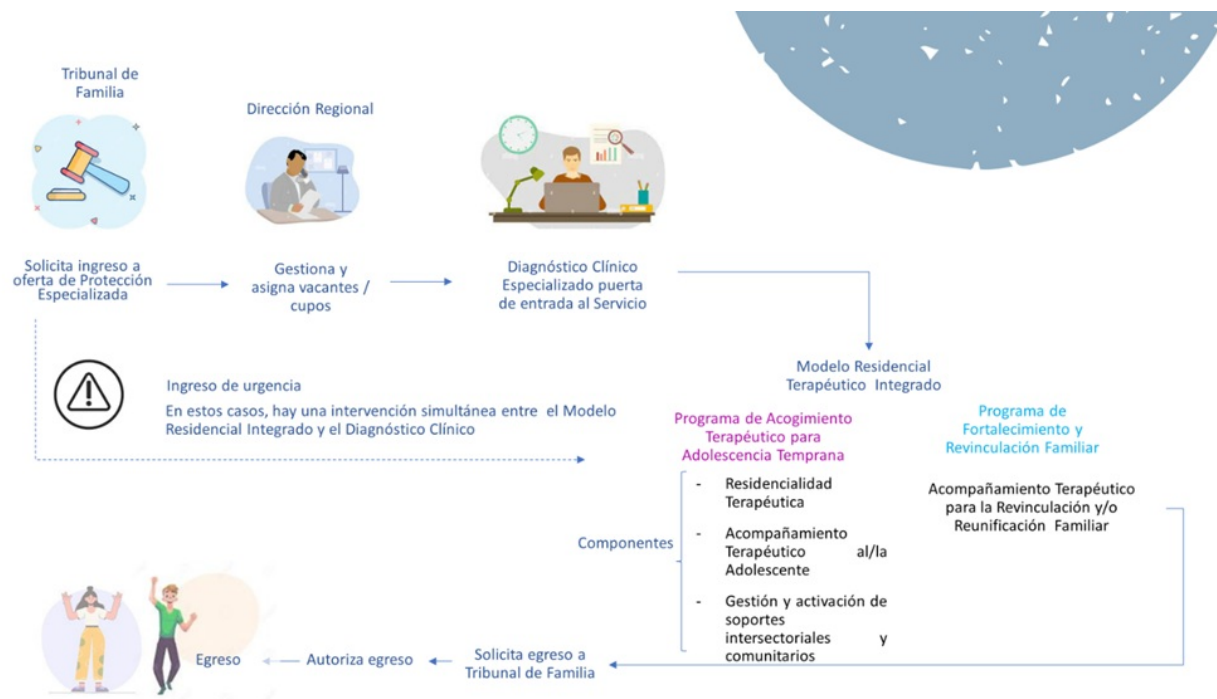
El ingreso de adolescentes a la residencia debe ser una medida de última ratio y responde exclusivamente a una decisión judicial[8], la cual se materializa a través de una orden de ingreso emitida desde un Tribunal con competencia en materia de Familia. Cabe señalar que esta puede ser emitida luego de elaborado el Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y Plan de Intervención Individual, o por una medida cautelar de ingreso directo.

Por otra parte, tal como dispone el Art. 76 de la ley N°19.968 que Crea los Tribunales de Familia relativa a la obligación de informar acerca del cumplimiento de las medidas adoptadas, el Modelo Residencial Terapéutico Integrado tiene el deber de informar trimestralmente al tribunal competente de las acciones y resultados referidos a los/as adolescentes y sus familias.

Es importante precisar que, la ley N°21.302, en su Artículo 8 letra t), refiere que el/la directora/a regional del Servicio tiene la facultad exclusiva de asignar cupos en los proyectos de los programas que correspondan, de acuerdo con la derivación realizada por el Tribunal competente, por tanto la definición del proyecto residencial al cual deberá ingresar el niño, niña o adolescente será informado por la Dirección Regional al Juez de Familia competente, quien decretará el ingreso al proyecto residencial.

El ingreso de los/as adolescentes a esta modalidad siempre es simultáneo al ingreso al Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Las rutas de ingreso establecidas en la ley N°21.302 se presentan en el siguiente diagrama:



VII. ÁMBITOS DE ACCIÓN

A continuación, se desarrollan aspectos claves para la implementación del Modelo Residencial Integrado, con base en el Acompañamiento Residencial Terapéutico y el Enfoque Informado en Trauma, ámbito que presenta los énfasis y elementos sustanciales que deben orientar el quehacer del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana. De igual modo, se exponen en este acápite los objetivos que deben alcanzarse para el logro del fin del Modelo Residencial Terapéutico Integrado, el cual es compartido con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, estando orientado a la restitución del derecho de adolescentes que permanecen en acogimiento residencial a vivir en una familia estable y protectora.

Del mismo modo, el programa se desarrolla a través de los componentes de Residencialidad Terapéutica, Acompañamiento Terapéutico con el/la adolescente, y Gestión y Articulación de soportes intersectoriales y comunitarios. Prosigue el detalle de las etapas de intervención, para culminar este acápite con el planteamiento de las estrategias de intervención.

7.1 OBJETIVOS

Objetivo de Fin

Contribuir a la protección de los derechos de los y las adolescentes vulnerados/as.

Objetivo General

Restituir el derecho de los y las adolescentes a vivir en una familia estable y protectora.

Objetivos Específicos^[9]

- Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las características y necesidades de los y las adolescentes.
- Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección de los y las adolescentes.
- Articular soportes intersectoriales y comunitarios a los y las adolescentes durante su permanencia en el Programa.

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.
3. Articulación de Redes Intersectoriales y Comunitarias.

7.2.1. RESIDENCIALIDAD TERAPÉUTICA

Síntesis

El foco principal del componente de Residencialidad Terapéutica está dirigido a crear un ambiente sensible al trauma, el que se basa en desarrollar prácticas que garanticen la seguridad de todos/as quienes comparten este espacio, así como generar una cultura en la que todos/as sus participantes (los/las adolescentes, sus familias y el equipo), a través de la convivencia, puedan aprender de sus experiencias; en un marco culturalmente pertinente que adapta las intervenciones a la diversidad cultural que los/las adolescentes y sus familias representan y al entorno socio comunitario en que se emplaza.

La Residencialidad Terapéutica se adecúa a las características y necesidades específicas de los y las adolescentes, enfatizando sus fortalezas y recursos personales para el desarrollo de autonomía, en un entorno relacional que genera seguridad a través de la construcción de vínculos, con base en la empatía; el respeto y la confianza, a través de lo cual brinda acompañamiento socio emocional personalizado que facilita al/la adolescente expresar sus sentimientos, elaborar sus trayectorias y/o experiencias de desprotección durante su permanencia en la residencia. De este modo, **el presente componente se constituye en la base de un contexto de seguridad** para que el Equipo Asignado realice el proceso de acompañamiento terapéutico al/la adolescente y avance en la consecución de los objetivos propuestos con él/ella y su familia.

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 de la totalidad del equipo del modelo integrado, liderado por el/la Director/a de la residencia, 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 basado en el despliegue de prácticas relacionales informadas y sensibles al trauma, consistentes y reguladas permite que, en la medida que el/ la adolescente, se sienta seguro/a, pueda avanzar en el aprendizaje de la regulación emocional y en el desarrollo de sus competencias y recursos (UNICEF, 2024).

En este sentido, el acogimiento residencial se concibe como un **contexto terapéutico**, cuyas prácticas de colaboración mutua permiten generar cambios en las propias experiencias y entorno, mejorando el bienestar psicosocial de los/las adolescentes (Regalado, 2022). En dicho sentido, este espacio integra a la familia en los roles de cuidado que le es posible desempeñar, mientras se trabaja análogamente la revinculación y/o reunificación familiar, además de incorporar otras personas del entorno socio comunitario que aportan al bienestar del/la adolescente.

Así, desde una Práctica Informada en Trauma, el entorno terapéutico incorpora la comprensión y sensibilidad que aporta dicho enfoque para acompañar a los/las adolescentes que presentan impacto biopsicosocial producto de trayectorias, experiencias de desprotección y/o de la separación de su entorno familiar por una medida judicial. Desde esta comprensión y a través de la generación de vínculo afectivo y emocional con cada adolescente, en un entorno seguro, es posible prevenir los comportamientos “basados en el dolor” (Holden, 2020) y, cuando se producen, generar aprendizaje para el enfrentamiento de los estados emocionales que los desencadenan.

De esta manera, cuando se percibe el cómo las experiencias traumáticas afectan a la capacidad de los/as adolescentes para gestionar sus emociones, se puede responder de otras formas, que disminuyan el estrés y eviten la confrontación. Esta comprensión permite al/la adulto/a responder con empatía cuando los/as adolescentes están luchando por mantener el control de sus emociones y generar procesos de aprendizaje para regular las mismas.

El entendimiento de lo anterior es fundamental, por cuanto se espera ofrecer al/la adolescente nuevas experiencias relacionales que les sean satisfactorias, distintas a las que tal vez hasta entonces haya vivido, que le otorguen nuevas ópticas y oportunidades de comprender el mundo y su relación con él; y así, desarrollar nuevas habilidades en base a sus fortalezas y objetivos personales.

La instauración de este ambiente terapéutico que en su centro requiere brindar un contexto de seguridad implica diseñar, construir, organizar y utilizar de manera planificada el ambiente de convivencia en todas sus dimensiones, a fin de favorecer la intervención terapéutica con los y las adolescentes y con sus familias; la protección y desarrollo de quienes permanecen en el acogimiento residencial, exigiendo, para ello, considerar y poner especial énfasis a las **dimensiones de un espacio físico y socioemocional, que considera lo cultural e ideológico de los/as adolescentes y sus familias (Holden, 2020).**

De este modo, **el espacio físico** alude a cómo las dependencias y su habilitación impactan en el ambiente residencial, lo cual tiene una gran influencia en cómo se sienten y comportan los/as adolescentes y los/as adultos en la Residencia, donde lo que se espera es que los/as adolescentes se sientan acogidos/as y dispongan de un espacio personal, que hagan propio durante su periodo de permanencia y se ajuste de manera dinámica a las necesidades, características y capacidades de cada adolescente, apoyando su crecimiento y desarrollo.

En esta línea, la seguridad y protección es crucial, por ello, la residencia debe configurarse y “sentirse” como un lugar seguro, brindando oportunidades personalizadas a los y las adolescentes para vivenciar experiencias vitales sin temor a equivocarse o fracasar, proporcionando múltiples oportunidades para que puedan alcanzar el máximo grado posible de su desarrollo potencial, fomentando, a su vez, “sus propios procesos naturales de desarrollo” (Holden, 2023, p. 42).

Cabe señalar que el modo en que estos espacios sean adaptados podrá favorecer o entorpecer la posibilidad de desencadenar o disminuir comportamientos “basados en el dolor”.

Asociado tanto a la disposición del espacio físico como al espacio socioemocional para el logro de estructura y estabilidad ambiental, se debe consensuar y definir una rutina diaria que otorgue predictibilidad a todos/as quienes participan de las actividades y momentos cotidianos. Vincular espacios de la residencia 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.

Lo anterior también incluye **el espacio socioemocional**, la cual considera el elemento social referido a las relaciones; las actividades y rutinas que se desarrollan en la vida diaria entre quienes conviven en la residencia. En este ámbito, la forma de relacionarse con el/la adolescente; de jugar; de resolver problemas; de gestionar las labores cotidianas y de apoyarlo/a ante situaciones difíciles es lo que permitirá que los adultos del equipo sean modelos positivos, influyendo en su desarrollo; en su sensación de seguridad y pertenencia; de autoestima y autoconfianza.

Lo relacional también considera el acompañamiento del/la adulto/a en la prevención de las situaciones de desencadenamiento y escalada de comportamientos basados en el dolor, lo cual es de vital importancia para la gestión emocional autónoma. Esto incluye el seguimiento cotidiano y sistemático del equipo para reconocer los comportamientos y patrones relacionales que reflejan la experiencia traumática pasada o presente de los/as adolescentes, para así responder de un modo que transmita seguridad, confianza, apoyo; y sea sensible a la situación que estos/as viven.

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.

En este marco, el Equipo Integrado debe velar y, en lo posible, garantizar un espacio que no sólo sea seguro, sino también, que se experimente como tal, a fin de propiciar que los y las adolescentes se sientan cómodos/as; puedan relajarse; beneficiarse de sus experiencias y reducir las posibles fuentes de estrés que podrían desencadenar repuestas basadas en el dolor. Lo anterior es la base para que los/las adolescentes logren desarrollar sus habilidades y recursos, como señalan Holden, et al. (2020, p. 28), “Cuando las interacciones se producen en entornos predecibles, receptivos y de apoyo, los/as adolescentes aprenden las habilidades de autorregulación que necesitan para tener éxito en la escuela, en las relaciones, en el trabajo y en la comunidad”.

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.

Por su parte, la **sensibilidad a lo cultural por parte del equipo** implica la comprensión, respeto e integración de la diversidad cultural y los distintos sistemas de valores que encarnan, tanto el/la adolescente, su grupo familiar, como los propios integrantes del equipo. Contar con un Equipo Integrado culturalmente competente permite valorar la diversidad cultural y promover el intercambio de información, aportando a que el/la adolescente sienta que su cultura es valorada. En este escenario, el Equipo Integrado precisa explorar su propia identidad y consciencia cultural y adquirir los conocimientos y habilidades para satisfacer las necesidades culturales específicas del/la adolescente y su familia. Al respecto, es prioritario poder mantener y reforzar la vinculación de éste/a con sus padres y hermanos/as u otros familiares cuando sea posible, apoyándolos/as para preservar su cultura durante la permanencia en la Residencia.

Finalmente, relevar que el Modelo Residencial Terapéutico Integrado debe garantizar un entorno seguro, enriquecedor y conectado al territorio, constituyéndose en el soporte técnico que permitirá desarrollar procesos terapéuticos que respondan a los requerimientos y necesidades particulares del/la adolescente y su familia, favoreciendo, de esta manera, su desarrollo integral.

Frecuencia

Dado que el componente refiere al funcionamiento cotidiano de la residencia, todas las dimensiones del componente deben ser implementadas de modo diario, desde el ingreso hasta el egreso del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

7.2.2. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO AL O LA ADOLESCENTE

Síntesis

El acompañamiento terapéutico al/la adolescente corresponde al desarrollo de acciones para favorecer su bienestar, desarrollo identitario y agencia personal, lo que se realiza sobre el piso que brinda la Residencialidad Terapéutica establecida a partir de una práctica informada en trauma, en la cual prevalecen relaciones personales respetuosas, a fin de restablecer la confianza del/la adolescente en los/las adultos y construir vínculos que aporten a su seguridad, protección, aprendizaje y desarrollo integral.

Su propósito es ofrecer al/la adolescente un espacio terapéutico personalizado para expresar sentimientos y elaborar las experiencias de vulneración vividas, el cual considera sus trayectorias vitales, características, requerimientos y recursos, aportando a gestionar mejor la expresión de sus emociones, su sensación de agencia personal y desarrollo identitario.

Objetivo

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

Aspectos centrales

Este componente es ejecutado por el Equipo Asignado, específicamente, por el Trabajador/a Social o Psicólogo/a Residencial, en colaboración con el Trabajador/a Social o Psicólogo/a encargado de la Revinculación y/o Reunificación Familiar, además de la coordinación permanente con el/la Terapeuta Ocupacional y el/la Cuidador/a Terapéutico.

Como se dijo, lo residencial terapéutico se constituye en el piso para dar inicio al acompañamiento terapéutico individual con el/la adolescente. Desde la óptica de un **cuidado informado en trauma**, es importante que el Equipo Asignado acoja las experiencias de maltrato del o la adolescente, sus múltiples emociones frente a quienes le han agredido y, a partir de ello, establezca un orden para el abordaje de contenidos relacionales, expectativas y emociones asociadas (Servicio Nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia, 2022), centrándose en sus recursos y de las personas que son parte del proceso, desde una lógica colaborativa que integra a la familia y/o a sus figuras significativas.

Como se ha referido anteriormente, cuando las vidas de los/as adolescentes han estado marcadas de experiencias traumáticas, éstos/as se encuentran en un estado de “alerta máxima” que los/as mantiene en un estrés constante, lo que les genera dificultades para regular sus emociones e impulsos ante situaciones que les superan. Por ello, es necesario que el equipo se encuentre disponible en cualquier instancia a prestarles “primeros auxilios emocionales” y acompañarlos en el aprendizaje de nuevas formas de hacerse cargo de sus emociones y comportamientos y, así, identificar y resolver las preocupaciones subyacentes que les causan angustia (Holden, 2020).

Este aprendizaje es adquirido por los/as adolescentes, mediante la reflexión sobre sus experiencias en que se activan los comportamientos basados en el dolor, lo que se da a través de la **coregulación** en interacciones con las personas adultas que los/as cuidan y calman, en un espacio que les brinda seguridad. Cabe señalar que, en sus primeros años de vida, niños y niñas dependen totalmente de la regulación externa. Luego, con el desarrollo de la niñez y la adolescencia, se avanza hacia la co-regulación, donde los/as adultos dan señales que apoyan este proceso y, finalmente, en la edad adulta

las personas alcanzan la auto-regulación (UNICEF, 2024).

Un aspecto de base para abordar lo anterior dice relación con lo que Holden (2020) denomina el **principio centrado en el desarrollo**, que refiere que, si bien todos los/as adolescentes necesitan las mismas experiencias y oportunidades básicas para desarrollarse hasta la edad adulta, aquellos que se encuentran en acogimiento residencial podrían necesitar apoyo adicional para superar las experiencias vitales que pudieran obstaculizar su óptimo desarrollo. En este entendido es que las actividades planificadas para ellos/as deben ser apropiadas a su nivel de desarrollo y estar diseñadas para brindarles experiencias exitosas, para lo cual las tareas deben ser percibidas como desafiantes, ya sea en el ámbito del funcionamiento intelectual, motor, emocional o social. Al ayudar a satisfacer algunas de las necesidades sociales y de desarrollo básicas del/la adolescente, como el afecto, el dominio, el propósito y la autonomía, el equipo integrado crea las condiciones para que desarrolle habilidades de autorregulación, independencia y alcance un mayor bienestar socioemocional.

En la medida en que los/las adolescentes abordan sus experiencias y se nutren de nuevos aprendizajes que les permiten identificar y expresar lo que les sucede, fortalecen el conocimiento de sí mismos, descubriendo sus potencialidades, lo que constituye un soporte para la reparación y resignificación de las vivencias traumáticas. En este contexto, el/la profesional encargado/a de acompañamiento terapéutico individual construye progresivamente un vínculo de confianza con el/la adolescente, a través de su participación en espacios y actividades residenciales conjuntas, en las cuales se da una relación bidireccional y pueden conocerse. A partir de esta vinculación se podrá motivar al/la adolescente a expresar de manera efectiva y segura la experiencia emocional y relacional derivada de su historia de violencia y desprotección; así como sus sueños, sus afectos, sus temores, su forma de comprender y situarse en la vida. En este espacio terapéutico el/la adolescente progresivamente podrá ir dando sentido a lo vivido, gestionando de otra forma las emociones y sentimientos relacionados, integrándolos paulatinamente en su trayectoria vital, dando paso a nuevas posibilidades de crecimiento y desarrollo integral (Sheinberg & Fraenkel, 2001).

Lo antes señalado se acompaña del fortalecimiento progresivo de habilidades para el ejercicio de autonomía, entre ellas, el desarrollo de las habilidades sociales, la capacidad de regulación y de expresión emocional, lo que favorecerá el despliegue de nuevas respuestas ante situaciones de estrés, incorporándolas en el desarrollo de su identidad personal, favoreciendo su agencia. De este modo, se desarrollan nuevas **competencias**, las cuales combinan habilidades, conocimientos y las actitudes que cada adolescente necesita para afrontar eficazmente las tareas de desarrollo y los desafíos de la vida cotidiana (Holden, 2020), incrementando sus recursos resilientes (UNICEF, 2024). Por esto, es tarea relevante del Equipo Integrado ayudarles a ser competentes en el manejo de su entorno, así como motivarlos/as a enfrentar desafíos y dominar nuevas habilidades, todo lo cual se realiza en la cotidianidad del espacio residencial, cuyas actividades deben tener un propósito y estar orientadas al desarrollo de estas competencias y habilidades para la vida.

Los aspectos anteriormente señalados no se abordan de manera lineal, ni por pasos, sino más bien a través de procesos co-construidos y flexibles, que fortalecen la **agencia personal**, entendida como la recuperación de la sensación de control de su propia vida (White y Epston, 1993). Así, esta emerge como un proceso de colaboración social, con la ayuda de los otros para recorrer un camino entre lo conocido, lo familiar y lo posible de conocer respecto de sus vidas e identidad (White, 2016). Para ello, se deben pensar las distintas prácticas de la residencia asociadas a la **participación** y la toma progresiva de decisiones del/la adolescente, favoreciendo su **autonomía progresiva**, a fin de incrementar el control del/la adolescente sobre su ambiente.

Para el cumplimiento de los objetivos de este componente se deben co- construir recursos internos y externos con los/las adolescentes, que les posibiliten un desarrollo continuo y saludable, con un funcionamiento positivo en las distintas áreas de competencia como las relaciones sociales, la participación en la comunidad, sus ámbitos académicos, entre otros. Así, en esta intervención se destaca la importancia de que los/as adolescentes alcancen autonomía, manejo de sus emociones y adquieran las herramientas para seguir funcionando como constructores/as activos/as de sus vidas y logren desarrollar un sentido positivo y coherente de sí mismos/as.

Frecuencia

El componente tiene una frecuencia **diaria**, dado que contempla el acompañamiento residencial terapéutico permanente, la construcción de vinculación en los espacios cotidianos, la inclusión de la familia, la co-regulación emocional, el aprendizaje de la gestión emocional autónoma respecto de los comportamientos basados en el dolor y el desarrollo de competencias del/la adolescente; como elementos básicos para la resignificación de las experiencias de desprotección y separación familiar.

7.2.3. GESTIÓN Y ACTIVACIÓN DE SOPORTES INTERSECTORIALES Y COMUNITARIOS^[10]

Síntesis

El presente componente comprende la gestión de redes intersectoriales y comunitarias^[11]. El primer aspecto apunta a favorecer un acceso expedito y oportuno de los y las adolescentes a las prestaciones públicas y privadas que les correspondan y requieran, de acuerdo con su etapa de desarrollo y características, mientras que el segundo, se orienta a favorecer, por una parte, la integración de la residencia al territorio donde se ubica, vinculándose y validando su quehacer junto a otros actores locales y también, la integración de los/as adolescentes en las redes comunitarias mientras se encuentren en la residencia, constituyéndose en soportes a su ejercicio pleno de derechos.

Objetivo

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

Aspectos centrales

El componente lo ejecuta el Terapeuta Ocupacional, en coordinación con los integrantes del Equipo asignado.

Se basa en uno de los principios del modelo CARE para la residencialidad (Holden et al., 2020), el cual señala que esta debe estar **orientada ecológicamente** y se fundamenta en que los/as adolescentes participan en transacciones dinámicas con su entorno a medida que crecen y se desarrollan. Para optimizar su crecimiento y desarrollo, éstos/as deben vivir en un entorno atractivo y de apoyo, para ello el equipo integrado debe comprender que sus relaciones con ellos/as son parte de una ecología social más amplia; sus interacciones cara a cara, las actividades que se promueven y el entorno físico en el que trabajan tienen un impacto en la trayectoria de su desarrollo. Para lo anterior, el equipo debe trabajar en una ecología de cuidados que les permita a los/as adolescentes utilizar sus habilidades.

Así, desde esta comprensión ecológica que reconoce que las personas se encuentran insertas en ambientes y en relación con ellos, es clave que la Residencia considere el entorno natural del territorio donde se ubica, su marco cultural y recursos, lo cual facilitará su inserción y vinculación con actores estratégicos locales, siendo parte de su entramado social; reconocida por la comunidad como un recurso, lo cual, favorece la inclusión de quienes la habitan en dicho medio. En este escenario la Residencia, dentro de sus posibilidades y realidad territorial, podrá realizar acciones de sensibilización que faciliten la integración socio-comunitaria de los/as adolescentes que permanecen en el espacio residencial, así como considerar también (si es que las condiciones del ambiente residencial lo permite), abrir las puertas de la Residencia a pares o compañeros/as para el desarrollo de actividades relevantes para los/as adolescentes, como la celebración de cumpleaños, trabajos escolares u otras, siempre y cuando se cuente con la infraestructura adecuada y no se ponga en riesgo a sus habitantes. Lo anterior exige que el Equipo Integrado conozca el territorio y sus dinámicas socioculturales y ejecute acciones para dar a conocer sus objetivos y otros aspectos relevantes, para que la comunidad los identifique, venciendo así posibles resistencias de los/as vecinos/as y disminuyendo la probabilidad de estigmatizaciones hacia los/as adolescentes.

Por su parte, respecto de las coordinaciones con otros actores del territorio, se deben realizar con el **sector salud**, donde los/as adolescentes deben estar inscritos/as en la Atención Primaria -APS-, con la finalidad de recibir los controles respectivos conforme a su desarrollo, consejerías respecto de temas propios de la adolescencia, derivaciones a especialistas cuando lo requieran y asegurar su acceso a otras prestaciones o apoyos que necesiten en caso de presentar patologías y/o necesidades especiales, a fin de que puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud, asegurando además el acceso a servicios para el tratamiento o rehabilitación de enfermedades o patologías, según es definido por la CDN (Art. 24).

En relación con el **sector educación**, la Residencia deberá promover la incorporación de los/as adolescentes en, establecimientos educacionales, de acuerdo con su edad y necesidades educativas. Lo anterior, se enmarca en que puedan ejercer el derecho a la educación, definido en la CDN (Art. 28) y garantizado en el Art. 19 de la Constitución Política de la República. Hay que enfatizar que con el sector de educación se requiere realizar de manera permanente un trabajo de red, que ha sido mencionado en párrafos anteriores, para que las escuelas sean sensibles a las necesidades de cada adolescente, consideren sus trayectorias educacionales y se eviten posibles dinámicas estigmatizadoras u otras que desencadenen procesos de desescolarización.

Cabe señalar, además, que durante la permanencia del/la adolescente en el acogimiento residencial y durante el proceso de retorno al hogar familiar se debe mantener un trabajo coordinado y colaborativo **con el Programa Mi Abogado y/o curador ad litem** designado por el tribunal con competencia en Familia que conoce de la medida de protección y quien está encargado/a de velar por el interés superior del/la adolescente.

Respecto de **adolescentes en situación de movilidad humana o migración**, junto con considerar sus creencias y prácticas culturales e integrarlas como un valor al quehacer de la residencia, se promoverá que ellos y ellas accedan a todas las prestaciones que requieran, como también, se gestionará su regularización migratoria, cuando corresponda.

Por su parte, como la residencia tiene identificados los recursos y servicios que brindan organizaciones e instituciones de su territorio, es clave promover la participación de los/as adolescentes en diversos espacios y actividades que pudiera entregar el municipio u otras instituciones de la comuna, con la finalidad de que su inclusión en estos espacios aporte a los objetivos terapéuticos de su Plan de Intervención Individual Unificado y a su pleno ejercicio de derechos. Así, de acuerdo con sus intereses, características y opinión, se deberá promover la participación de ellos/as en instancias culturales, deportivas, recreativas, científicas u otras, que aporten al desarrollo de sus diversas habilidades (artísticas, motoras, cognitivas, emocionales) y favorezcan su integración social.

Cabe señalar que es importante considerar que, cuando el/la adolescente cuente con cuidado familiar estable, se asegure la continuidad de su participación en espacios que sean de su interés, en coordinación con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Frecuencia

El componente tiene una frecuencia **quincenal**, con la consideración de que es muy probable que en las primeras etapas del/la adolescente en la residencia sea necesario realizar acciones con mayor periodicidad, a modo de brindarle los pisos mínimos de acceso a prestaciones y servicios en el territorio.

7.3 ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN

Antes del ingreso de los/las adolescentes al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico se requiere que el espacio físico se encuentre habilitado, que estén definidas las funciones y los roles de cada profesional y técnico del Equipo Integrado, así como las relaciones entre ellos. Asimismo, todo el equipo debe estar capacitado en la práctica informada en trauma 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.

El proceso de intervención a desarrollar consta de cinco etapas: (1) Ingreso y Acogida Residencial; (2) Ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado; (3) Ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado; (4) Sostenibilidad de los cambios y (5) Egreso, considerando un plazo de intervención de 18 meses^[12]. 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:

Etapas de la Intervención del Modelo Residencial Terapéutico Integrado



Etapa 1: Ingreso y Acogida Residencial

Esta etapa considera la ejecución de dos procesos que se desarrollan de manera simultánea: (1) Gestión de Ingreso y (2) Acogida Residencial.

1) Gestión de Ingreso

Conformación del equipo asignado y revisión de antecedentes: Este procedimiento es iniciado por el Director/a con el ingreso del niño/a y su familia a ambos programas (Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana y Fortalecimiento y Revinculación Familiar), a través de su registro en el sistema informático del Servicio, activándose, a partir de este hito, los plazos establecidos para la ejecución de las distintas etapas y productos de la intervención. Asimismo, el/la Director/a define al Equipo asignado, el cual es responsable del acompañamiento al /la adolescente y su familia y está constituido por: el/la Psicólogo/a o Trabajador/a social de la residencia, el/la Psicólogo/a o Trabajador/a social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, el/la Terapeuta Ocupacional y un/a Cuidador/a Terapéutico de la residencia.

Además, el/la Directora/a de la residencia oficia al tribunal derivante solicitando acceso a la Oficina Virtual del Poder Judicial y el Certificado de Redes Familiares.

Por su parte, una vez que se acceda a la Oficina del Poder Judicial el Equipo Asignado debe realizar una reunión de reconocimiento documental, requiriendo, para ello, revisar y analizar los antecedentes que la acompañan, en especial, el Informe de Diagnóstico y Plan de Intervención Individual emitido por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado (cuando esté disponible) y de toda la información que se tenga a la vista, a fin de conocer los antecedentes que determinaron su ingreso al Cuidado Alternativo Residencial.

Asimismo, el equipo asignado es responsable de crear la carpeta individual del/la adolescente con los antecedentes proporcionados por el órgano derivante. En esta línea se deben realizar las coordinaciones con el sector educativo para garantizar el acceso a educación según el nivel de escolaridad y necesidades educativas y la inscripción y/o traslado al centro de atención primaria de salud correspondiente al territorio de la residencia.

Por otra parte, se debe establecer contacto con la familia u otro adulto significativo, a fin de coordinar la primera entrevista en su domicilio o en la residencia a fin de iniciar encuentros con el/la adolescente, siempre y cuando esté de acuerdo y no haya impedimentos judiciales para ello.

En caso de niños y niñas ingresados/as con medidas cautelares de urgencia a la residencia que carecen de la evaluación del Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, este realiza el Diagnóstico y elabora el Plan de Intervención Individual mientras se encuentra interviniendo el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, situación en la que el/la Director/a de la Residencia debe gestionar un encuentro para evitar superponer acciones y definir las acciones prioritarias de cada equipo y los canales de comunicación que utilizarán mientras esperan la emisión del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y el Plan de Intervención, lo cual debe quedar registrado en el acta de acuerdos.

Acogida Residencial: Si bien esta fase es liderada por el/la Director/a, requiere de la participación y cooperación del Equipo Integrado en su conjunto, siendo importante comprender que cada adolescente tiene sus tiempos de adaptación y que, para algunos/as, incluso puede constituir un desafío permanente.

Para ello es de vital relevancia que la residencia organice la forma en que acogerá a los/as adolescentes cuando ingresen, ello en consideración a su curso de vida, trayectorias, experiencias traumáticas y al impacto de la separación de sus familias. En este escenario, es usual que se sientan contrariados/as; lábiles; molestos/as; asustados/as; tristes; desafiantes o manifiesten otras emociones que requieren ser comprendidas y abordadas desde la práctica informada en trauma. Por tanto, la Residencia debe contar con un diseño general de acogida, pero su implementación debe responder de manera flexible y adaptable a las necesidades individuales de cada adolescente. Asimismo, es clave que desde un inicio el Equipo Integrado en su conjunto responda de manera sensible a sus particularidades, le proporcione experiencias enriquecedoras y terapéuticas en un entorno vital que les proporcione una “sensación de normalidad” (Holden, 2023).

Desde esta mirada, el principal propósito de la Acogida es que el/la adolescente comience a sentir la residencia como un espacio seguro, para lo cual el equipo en su conjunto, a través de sus prácticas cotidianas e interacciones puede ir mostrándole que está en un entorno protegido, en el cual puede ir confiando paulatinamente y aprendiendo nuevas formas de relacionarse.

Considerando el marco planteado, el equipo desarrolla una serie de acciones para que el/la adolescente se sienta acogido/a, lo cual permitirá paulatinamente su incorporación a la rutina y hacerle familiar su permanencia en la residencia, favoreciendo que ésta sea una experiencia sanadora y de resignificación de sus historias de desprotección.

Dentro de las acciones para la ejecución de esta etapa el Director/a o, en su defecto el Cuidador/a Terapéutico asignado, debe acoger al/la adolescente en su ingreso con la finalidad de conocerlo/a y contenerlo/a respecto de los afectos generados por la separación de su entorno familiar. Para ello debe explicarle las razones de su ingreso, en un lenguaje

comprensible por su edad y características, y estar disponible para acoger su expresión de emociones o respetar su silencio, pero en una actitud de disponibilidad afectiva y sensible al proceso que vive. En la medida en que el/la adolescente se encuentre receptivo/a y con mayor apertura a este nuevo contexto, el/la Director/a y el Cuidador/a Terapéutico asignado le podrán acompañar a recorrer las dependencias, presentarle a los otros/as adolescentes y a los adultos/as que se desempeñan en este entorno, explicarle cómo se organiza la residencia, sus rutinas y horarios, las tareas que realiza cada integrante del equipo, a quién recurrir cuando no esté presente su cuidador/a terapéutico, como también los acuerdos de convivencia, además de mostrarle su espacio personal. Es importante que este sea un proceso flexible y muy respetuoso, no necesariamente deberá ejecutarse el mismo día del ingreso, ello dependerá de su estado emocional y de la lectura que realice la persona adulta, de cómo se va sintiendo el/la adolescente y los posibles problemas de adaptación que pudiera presentar para contenerlo/a; apoyarlo/a e ir proporcionándole más información, siempre respetando sus tiempos.

Es muy importante que durante toda la estadía y, en especial, durante las primeras semanas, el ambiente residencial otorgue predictibilidad y flexibilidad, esto significa que el/la adolescente debe conocer las actividades que se desarrollarán diariamente en la residencia, sus horarios, los días en que la familia de origen lo/la visitará (si él o ella están de acuerdo), entre otras actividades que forman parte de la rutina. Ello proporcionará mayor predictibilidad y seguridad en su estadía, puesto que el/la adolescente viene de su entorno familiar, el cual tiene rutinas y pautas de interacción diferentes. Lo anterior, debe ser propiciado por todo el Equipo Integrado.

En este sentido, desde el ingreso el Equipo Asignado debe completar el “**Formato de Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación emocional**” (ver anexo N° 1) y actualizarlo en forma permanente, aportando estos antecedentes para la actualización de la dimensión “Situación del/la adolescente”. Este seguimiento tiene por finalidad el prevenir, desescalar, contener y gestionar los comportamientos basados en el dolor del/la adolescente (Holden, 2023) y es un aporte para ayudar al equipo a prevenir y responder de manera adecuada y terapéutica a posibles situaciones de crisis, para lo cual se debe completar el formato con lenguaje claro y conciso, además de ser revisado y actualizado periódicamente en el marco de las reuniones de equipo o de la respuesta posterior a alguna situación de desajuste.

Asimismo, es importante que durante los primeros días a partir del ingreso del/la adolescente a la Residencia, la familia de origen conozca al equipo que los acompañará, siendo primordial que, al menos el/la Psicólogo o Trabajador/a Social de la residencia y el/la Psicólogo o Trabajador/a Social a cargo de la Revinculación y/o Reunificación Familiar, previo acuerdo con la familia, realicen visita al domicilio para presentarse de manera conjunta y explicarle los objetivos del Modelo Residencial Integrado, el alcance de la intervención, la relevancia de su participación en las actividades que se convoquen, aclarando sus dudas y agendando las próximas actividades a realizar. Al respecto, es importante considerar que, en los próximos encuentros con la familia, en la medida que sea pertinente, se vaya integrando el/la Terapeuta Ocupacional y el Cuidador/a Terapéutico/a asignado al proceso interventivo[13], a fin de conocer a todos 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.

Es importante que en la o las primeras entrevistas con la familia de origen se presente el Modelo Residencial Integrado como una instancia de apoyo a la revinculación familiar y una oportunidad de desarrollo para los/as adolescentes, 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 éste/a. Además, se les debe mencionar que se informará al Tribunal con competencia en Familia sobre el ingreso efectivo, así como los avances de la intervención, otorgando claridad y transparencia a la relación.

La visita al domicilio del/la adulto/a de la familia que asumía el cuidado antes del ingreso está dirigida también a conocerlo/a, empatizar respecto de los efectos generados por la salida del/la adolescente del entorno familiar indagando, además, en información de utilidad para el acompañamiento residencial, tales como temas de salud, requerimientos de tratamientos o cuidados especiales, sus rutinas previas, objetos, vestuario y alimentos preferidos, percepción acerca de las situaciones que lo/la inquietan y formas que utilizaba para tranquilizarlo/a u otros recursos que contribuyan al bienestar del/la adolescente en el contexto residencial. Finalmente, se explora su perspectiva respecto de las personas significativas para el/la adolescente, la disponibilidad horaria que tiene el/la adulto/a y/u otros familiares para la realización del primer encuentro (cuando el/la adolescente esté de acuerdo y el tribunal no disponga de lo contrario), y se consensua fecha y hora para éste, lo cual se facilita aportando el costo de la movilización desde el proyecto, cuando la familia lo requiere.

Etapas 2: Ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado -PII-U (6 semanas desde el ingreso)

De manera paralela a la fase de Ingreso y Acogida Residencial, el Equipo Asignado debe ajustar el PII elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado, el cual contiene una conclusión respecto del 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[14]. Para ello, se cuenta con un plazo no superior a 6 semanas, a partir del ingreso del/la adolescente al acogimiento residencial.

Por lo tanto, el equipo no debe realizar un nuevo diagnóstico, sino actualizar las cuatro dimensiones en base al conocimiento del/la adolescente, su familia y en torno en la Etapa de Ingreso y Acogida, en caso del/la adolescente será relevante la observación que realice el Cuidador/a Terapéutico y los/las profesionales de su ajuste a la convivencia y rutinas, así como el Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación, y respecto de la familia, la evaluación inicial que realiza el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Por otra parte, se puede conocer la disponibilidad de otros familiares que podrían asumir el cuidado temporal, caso en el que deben evaluarse sus capacidades de cuidado y, si el/la adolescente concuerda con esta decisión, se debe informar al juez con competencia en Familia derivante.

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 compartido que orienta la intervención residencial y familiar.

El Plan de Intervención Individual Unificado se realiza en reunión del Equipo Asignado, con el/la adolescente y la familia de origen o el adulto relacionado con el que se trabaja. Esta situación es esperable y los equipos deben intencionar que esto ocurra. 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 antes señaladas.

Los/as participantes en la reunión ajustan el Plan de Intervención Individual Unificado, identificando las fortalezas o recursos

para la intervención y las áreas a mejorar, definiendo en conjunto el Objetivo General o cambio al que se debe llegar, los objetivos específicos para cada ámbito del plan o meta que se quiere alcanzar en el corto plazo. Se debe consignar quién propone esta meta, si es el Equipo asignado, el adulto de la familia de origen, el/la adolescente o si es consensuada. Asimismo, se deben acordar los criterios de logro en forma consensuada, es decir, establecer cuando se considerará que se obtuvo el cambio esperado.

También se definen las actividades a realizar, priorizándolas en función de las necesidades del/la adolescente y el/la adulto/a a cargo en cada etapa de la intervención. Las actividades deben ser concretas y posibles de realizar, y tener un/a responsable del equipo y también la participación que requiere del/la adolescente y la familia de origen.

Además, en dicha reunión se toman acuerdos para establecer sinergia en las intervenciones en función del bienestar del/la adolescente en la residencia y en la proyección hacia el cuidado familiar estable.

Si lo anterior no es posible, ya sea porque el/la adolescente se encuentre en un estado emocional que dificulte esta construcción, porque la familia se encuentre conflictuada a colaborar 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 contar con retroalimentación en la medida de sus posibilidades e interés en participar. Cabe señalar que se deben establecer estrategias que favorezcan la participación [15] en los siguientes ajustes del PII-U, transmitiendo en esta instancia información de forma clara y acorde a sus capacidades, promoviendo su derecho a ser informados sobre su situación personal y familiar, a participar en el diagnóstico de su situación, en su plan de abordaje y en las medidas de protección que propongan (UNICEF, 2022).

Como se dijo anteriormente, en el caso de los/las adolescentes que hayan debido ser ingresados/as a la residencia con carácter de urgencia y no cuentan con la evaluación del Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, este último programa realiza el diagnóstico y elabora el Plan de Intervención Individual mientras se encuentra en el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, en estos casos, como se planteó anteriormente, se debe gestionar una reunión para evitar superponer acciones, en esta instancia se definen las acciones prioritarias de cada equipo y los canales de comunicación que utilizarán para reportar acontecimientos que ocurran con el/la adolescente y la familia de origen, mientras esperan la emisión del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y el Plan de Intervención, lo cual debe quedar registrado en el acta de acuerdos. Cabe señalar que, una vez emitido el diagnóstico y el Plan de Intervención Individual, este se ajusta en una segunda reunión del equipo integrado, pasando a ser el Plan de Intervención Individual Unificado.

Esta etapa culmina con la elaboración y el envío de un primer informe al Tribunal competente, en el cual se incluye una actualización de la situación proteccional y el PII-U propiamente tal contando, para ello, con un plazo de seis semanas.

Etapas 3: Ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado (10 meses)

Ajustado el PII-U, el Equipo Asignado debe iniciar las acciones para el desarrollo de su ejecución por un tiempo aproximado de 10 meses [16], las que son lideradas por el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social Residencial en coordinación con el/la Terapeuta Ocupacional y el/la Cuidador/a Terapéutico del/la adolescente y con el Psicólogo/a o Trabajador/a Social a cargo de la Revinculación y/o Reunificación Familiar. Al respecto, es importante recalcar que ambos programas: Acogimiento Residencial y Fortalecimiento y Revinculación Familiar, en tanto Modelo Residencial Terapéutico Integrado, ponen al servicio de los/as adolescentes y sus familias que participan de la modalidad sus competencias para el abordaje de las distintas temáticas que les afectan, desde un trabajo conjunto y complementario.

A continuación, se presentan las acciones que exige la ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado desde el componente de Residencialidad Terapéutica:

a. Intervención Residencial Terapéutica

El desarrollo de la intervención residencial es responsabilidad del Equipo Integrado, liderado por el/la Directora/a. En este contexto se releva la **participación del/la adolescente**, en tanto principio y derecho consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, el cual debe ser considerado como un pilar de las diversas prácticas que sostienen la residencialidad, en atención a los mecanismos individuales y colectivos establecidos en los lineamientos del Servicio en esta materia, plasmados en el reglamento de participación [17].

Por su parte, la permanencia de los/as adolescentes en la Residencia debe ser en sí misma una experiencia de ejercicio de derechos y de reparación, por tanto, todo su quehacer tiene un **propósito terapéutico**, sustentado en las teorías vinculares, modelos relacionales de intervención y en el enfoque informado en trauma. En este sentido, se debe destacar que la intervención involucra a todo el Equipo Integrado y que en su foco se espera que los/as adolescentes tengan a su disposición **un contexto residencial seguro, acogedor y en el cual pueden confiar**, a través del desarrollo de los ámbitos: de (1) Espacio residencial seguro, (2) Espacios de desarrollo socioemocional y (3) Espacios de participación.

1. Espacio Residencial Seguro

Para ello, en primer lugar, es relevante la óptica sobre los **espacios físicos** de la residencia que considera la infraestructura, disposición y organización de espacios para adolescentes de 9 a 13 años que, dada sus experiencias de dolor, requieren de un ambiente propio, sensible, cálido, acogedor y seguro, a modo de brindarles nuevas experiencias de relacionarse con los/as otros/as, donde dispone de un espacio privado y áreas para la convivencia; y de personas adultas atentas a sus necesidades para satisfacerlas oportunamente y desarrollar progresivamente las condiciones para acompañarlos/as en la resignificación de sus historias traumáticas, junto con el aprendizaje de habilidades para el ejercicio de su autonomía y despliegue de sus potencialidades y recursos para su vida presente y futura.

Como se ha señalado anteriormente y desde un cuidado informado en trauma, es necesario tener conciencia del entorno, así como de los efectos que puede generar en los/as adolescentes, a modo de prevenir o, en su defecto, disminuir la aparición de comportamientos basados en el dolor, como las denomina Holden (2023), considerando en estos aspectos del ámbito físico la prevención de gatillantes de desajustes consignados en el **Formato para el Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación**, lo cual requiere espacios visualmente limpios, armónicos y tranquilos, ordenados, con mobiliario y equipamiento apropiado y de fácil uso, que promuevan seguridad y la autonomía progresiva. Así, el equipo debe promover que el/la adolescente sienta la residencia como un espacio seguro, en el cual puede permanecer y desplazarse de manera confiada. Considerando la inclusión de la familia en la intervención residencial, lo ideal es resguardar que los encuentros se den en un ambiente de intimidad, privacidad y sin interferir en la dinámica de los/as otros/as adolescentes.

La infraestructura, su mobiliario, espacios de esparcimiento y juegos deben adecuarse al tramo etario, permitir la convivencia entre pares y entre éstos y quienes integran el equipo, como también asegurar espacios de privacidad cuando el/la adolescente quiera estar solo/a y/o que deba calmarse, caso en que debe ser acompañado por un/a adulto/a. Asimismo, la Residencia debe propiciar espacios que permitan la exploración y el contacto con la naturaleza, como podría ser a través de la construcción y mantención de un huerto, la exploración de espacios al aire libre que le permitan esta conexión, entre otros, que sean de interés para los/as adolescentes. Lo que se espera que este espacio es que sea diseñado y co-construido con la participación de ellos/ellas.

Por su parte, es importante promover la participación del/la adolescente, instándoles a expresar su opinión y poder contribuir en la ambientación de su dormitorio, lo que significa que, dentro de las posibilidades y recursos de los cuales se disponga, se deben brindar oportunidades de elección en su decoración, colores, dibujos, fotografías, objetos personales, entre otros. Es esperable que los/as adolescentes participen en tareas cotidianas, según sus características y necesidades específicas, como su higiene personal, la elección de su ropa (acorde al clima), el orden de sus pertenencias y espacios comunes o incluso (de ser pertinente) en la preparación de alimentos sin riesgo y bajo supervisión de un/a adulto/a. Todo lo anterior, además de aportar de manera muy concreta al ejercicio del derecho a la participación, contribuye a la sensación de agencia personal y de apropiación del espacio, donde la “noción de protagonismo infantil y juvenil enfatiza su lugar y papel proactivo en la sociedad, su autonomía y sentido de agencia” (Rizzini, 2018, en UNICEF, 2022. p.9).

Sumado a lo anterior, en la intervención residencial se requiere el establecimiento de **rutinas colectivas e individuales** para otorgar un ambiente seguro y predecible a los/las adolescentes, considerando en su estructuración las características del desarrollo de la adolescencia temprana y las particularidades de cada adolescente. La elaboración de la rutina colectiva brinda un marco organizativo para los/as adolescentes y adultos/as que otorga claridad para el buen funcionamiento de la residencia requiriendo, a su vez, ser flexible para adaptarse al dinamismo de la cotidianidad y de los requerimientos individuales de quienes son parte del espacio residencial. De este modo, la rutina deberá incluir actividades cotidianas de cuidado (higiene, alimentación, estudios, sueño y recreación, entre otros aspectos), definiendo también los tiempos de estas. 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.

La elaboración de las rutinas, colectivas e individuales de cada adolescente, es responsabilidad del/la Terapeuta Ocupacional con la colaboración del Cuidador/a Terapéutico y el/la adolescente. En ésta se deben organizar los tiempos y responsables de las actividades en las que participará al interior de la residencia, así también se deben organizar las acciones que tienen relación con la rutina diaria de cada uno/una, como la asistencia al establecimiento educacional, horas en centros de salud, su participación en actividades en espacios territoriales, así como los días y horarios de visita y actividades familiares, ello en coordinación con el/la profesional a cargo de la Revinculación y/o Reunificación Familiar.

2. Espacios de desarrollo Socioemocional

Para que los/as adolescentes vivencien en la Residencia el propósito terapéutico que ésta tiene se debe abordar el ámbito **Socioemocional** a cargo del Equipo Integrado en su conjunto, quienes deben considerar distintos elementos, a saber: (1) Establecer relaciones afectuosas de parte del equipo con los/as adolescentes, cuyas interacciones les permitan vivir nuevas experiencias relacionales que les son gratificantes, lo que les brinda un lugar seguro y apoyo para recuperarse, para realizar tareas acordes a su etapa de desarrollo y aprender habilidades para la vida. Para ello, el/la Cuidador/a Terapéutico/a a nivel individual deberá responder a las necesidades y perspectivas del/la o adolescente, de manera coherente y oportuna, y los Cuidadores Terapéuticos en conjunto atender a las necesidades grupales, a fin de ayudarles a realizar tareas clave de su desarrollo socioemocional; (2) Transmitir mensajes de altas expectativas a los/as adolescentes, 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 y (3) Generar oportunidades de participación en actividades desafiantes y acordes a los intereses de ellos/ellas, 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.

Desde el lugar de la **Práctica Informada en Trauma que es sensible a los comportamientos basados en el dolor**, el equipo asume una forma de intervenir que responde 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. Asimismo, el Equipo de Cuidadores/es Terapéuticos/as deben tener la capacidad de evaluar los sentimientos que están a la base de los comportamientos del/la adolescente, y activar estrategias para co-regular su estrés y calmarlo/a. Desde esta misma visión es esperable que el Equipo Integrado disponga de espacios reflexivos para evaluar el impacto que le ocasiona la atención a adolescentes que han vivido experiencias de desprotección y presentan comportamientos basados en el dolor, a fin de estar disponibles a visibilizar los sentimientos que están a la base de los comportamientos del/la adolescente.

El Equipo Asignado debe completar el Formato de Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación, 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, conversar con el/la adolescente sobre lo ocurrido, identificando en conjunto los desencadenantes y buscando otras formas de enfrentarlos. Lo anterior permite establecer estrategias de **co-regulación** y progresivamente ayuda a que el/la adolescente gestione en forma autónoma sus estados emocionales ante situaciones de estrés.

Para ello, el equipo en su conjunto debe estar disponible a responder a posibles situaciones del entorno que generen estrés al/la adolescente, a través de “primeros auxilios emocionales” que les permitan reordenarse y seguir adelante (Holden, 2020). Estos primeros auxilios consisten en proporcionar apoyo inmediato para reducir la intensidad emocional; el identificar y resolver las preocupaciones subyacentes que causan angustia; y mantener al/la adolescente en su quehacer o actividad.

Lo anterior, a través de tres estrategias propuestas por Holden et al. (2020), las cuales son:

Co-regular las emociones: ser una presencia tranquila. Cuando los/as adolescentes no han tenido posibilidades para regular sus emociones, algún miembro del equipo debe acercarse para ayudarle a calmarse para que puedan pensar. Así, la capacidad de escucha activa y las respuestas empáticas son habilidades necesarias para ayudar a los/as adolescentes a regular sus emociones. Algunos ejemplos de respuestas verbales empáticas podrían ser: “Es vergonzoso que alguien te insulte delante de tus amigos”, “No pasa nada por enojarse”, “Eso ha sido realmente aterrador” o “Es perturbador y probablemente sientas que nunca volverás a estar bien”.

Quienes conforman el Equipo Integrado deben tener a la base el abordaje de su propio autoconocimiento y la autorregulación como habilidades necesarias para no molestarse si el/la adolescente dice cosas indignantes o hirientes cuando está molesto/a, siempre teniendo presente que se trata de comportamientos basados en el dolor.

Mantener la relación y las líneas de comunicación. Según lo referido por los autores, cuando se escucha activamente se comparten las percepciones, se es comprensivo/a y se logra mantener sintonía con la forma en que el/la adolescente nos percibe, pudiendo evitar una ruptura total de la comunicación con él/ella. Si se le da apoyo al/la adolescente y se mantienen abiertas las líneas de comunicación se reduce la probabilidad de que se niegue a hablar o de que se vaya enojado/a y con percepciones erróneas. Ejemplos de expresiones de comprensión de la perspectiva del/la adolescente podría ser: “Veo lo enojado/a que estás, estoy aquí para escuchar tu versión de los hechos”, “Yo también estaría enojado/a si perdiera un partido que me he esforzado tanto en ganar” o “Es decepcionante que la campana haya sonado antes de que fuera tu turno”.

En esta línea, también es relevante tener en consideración la capacidad de empatía, la que el equipo debe emplear de manera consciente. Dado que es una elección, esta les coloca en una situación vulnerable, ya que para conectar de forma auténtica con el/la otro/a, en este caso el/la adolescente, se debe conectar con algo propio que conozca ese estado emocional (no simpatía, que desvincula, o falsa empatía del profesional que “se hace el empático”) (Bateman & Fonagy, 2006).

Planificar y anticipar: ser un entrenador/a. Cuando el/la adolescente vuelve a ser dueño/a de sus emociones y está preparado/a para continuar con lo que estaba realizando, es esperable que el equipo le dé ánimos y apoyo genuino, y de este modo le ayude a anticiparse a los retos. Los recordatorios de cómo participar con éxito en la actividad podrían ser: “Recuerda que sólo tienes 10 minutos más para terminar tu proyecto antes de que salgamos a jugar. ¡Tú puedes!” o “Cuando necesites ayuda con un problema, levanta la mano”.

Para esto es relevante ser conscientes de los propios sentimientos, puntos fuertes y limitaciones como persona a cargo de la intervención en estos procesos. A esto contribuye el conocer los propios detonantes personales, poseer una buena capacidad de observación y evaluación, y mostrar flexibilidad para adaptarse a situaciones cambiantes que se dan el marco de la cotidianidad de la intervención residencial. Estas habilidades son fundamentales y deben ser revisadas en los espacios de cuidado de equipo, dado que el cuidado residencial a adolescentes con historias traumáticas puede ser muy intenso y traer al presente recuerdos personales dolorosos. Las experiencias vitales afectan la manera en que se trabaja en estos contextos, por lo que ser emocionalmente competente y consciente de sí mismo/a es la clave para un buen acompañamiento a los/as adolescentes y sus familias (Holden, 2020).

3. Espacios de Participación

La implementación de **espacios colectivos de participación** es liderada por el/la Terapeuta Ocupacional, con la colaboración del Equipo Integrado. Para ello se implementan distintos mecanismos para escuchar la opinión de los/as adolescentes e incluirla en la toma de decisiones de acuerdo con sus características y el principio de autonomía progresiva, como también ajustarse a lo establecido en los lineamientos del Servicio en materia de participación.

Lo anterior se constituye en oportunidades concretas en las cuales los/as adolescentes puedan ejercitar, de manera respetuosa, la emergencia de diversas 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. En este sentido, el rol del equipo es favorecer estos espacios, que pueden tener distintas denominaciones como asambleas, encuentros u otras, de manera permanente, con una periodicidad al menos quincenal, propiciando la participación de todos los/as adolescentes de la residencia, en un ambiente de respeto.

Para que un ambiente residencial terapéutico sea posible se requiere de la co - construcción con los/as adolescentes de un **marco de convivencia**, el que consiste en el establecimiento de un conjunto de acuerdos, límites y normas básicas que guiarán las relaciones cotidianas de todos/as quienes forman parte de la residencia, a fin de respetar y satisfacer las necesidades de estos/as, así como las consecuencias de incumplir estos acuerdos para sí mismo y los/as otros/as. Forma parte de este marco de convivencia establecer de manera participativa los mecanismos a través de los cuales se resolverán los conflictos entre pares.

Para el desarrollo de estas instancias se pueden utilizar diversas técnicas, acorde a los gustos y las etapas del desarrollo de los/as adolescentes que son parte de la Residencia, algunas de ellas son: “el Espaciograma: Mis áreas de participación”, “Collage”, “Taller de títeres”, “Los tres post-its”, “el mapa de relaciones”, entre otros[18].

Complementariamente a lo antes señalado, el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social a cargo del acompañamiento terapéutico individual comparte espacios de la rutina y progresivamente lo/la conoce y construye vinculación con el/la adolescente. El equipo entrega, a su vez, información transparente y permanente acerca de las resoluciones del Tribunal, explicándoles su significado con un lenguaje que puedan comprender, involucrándolos/as en todas las decisiones que se tomen relacionadas con ellos y ellas, como procedimientos médicos, cambios de establecimiento educacional, días y horario de visitas familiares, participación en actividades dentro y fuera de la Residencia y, en general, en todo lo referido a su permanencia en el acogimiento residencial.

Finalmente, junto con lo anterior se pueden organizar actividades de encuentro donde se aborden temáticas relacionadas con los enfoques transversales, como: diversidad de género, interculturalidad, inclusión, entre otros; en un lenguaje y material motivante y acorde a su etapa del ciclo vital. 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.

b. Acompañamiento Terapéutico con el/la adolescente

El acompañamiento terapéutico al/la adolescente **es realizado por el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social Residencial, en colaboración con el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social encargado de la Reunificación Familiar, del/la Cuidador/a Terapéutico y el/la Terapeuta Ocupacional** y considera los siguientes ámbitos: (1) Abordaje terapéutico con el/la adolescente, y el (2) Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de su agencia personal.

Desde el principio de **implicación de la familia** propuesto por Holden (2023), a lo largo de la permanencia del/la adolescente en la residencia se alude a que éstos/as necesitan vínculos permanentes con personas adultas que les cuiden y les den cariño. Por ello, involucrar a los padres, familia extensa o a otros adultos interesados en los cuidados y el proceso

del/la adolescente, así como planificar apoyos adecuados para la reunificación de este/a en su comunidad son dos indicadores de “éxito del tratamiento” (Whitaker, 1994, en Holden, 2023). Para el desarrollo de este componente el equipo integrado puede ayudar a los/as adolescentes a escribir cartas o correos electrónicos a su casa, organizar el contacto con sus hermanos/as, planificar las visitas que realiza la familia de modo provechoso y, así, apoyar la relación del/la adolescente con su familia. Holden (2023) indica que un acogimiento residencial centrado en la familia obtiene resultados más positivos en la consideración de la premisa de que cada uno/a de ellos/as tiene una familia, por lo que, cuando y donde sea posible, el equipo asignado debe mantener a la familia en el papel de padres, ayudándoles a mantenerse activos en las actividades diarias del/la adolescente (p. ej., compras, viajes a citas, reuniones en la escuela, comidas, celebraciones, actividades recreativas, entre otras). 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 a su hijo/a, lo que requiere una verdadera alianza con el equipo asignado.

En situaciones en que no se encontrasen redes familiares, los parientes contactados no estuvieron dispuestos a participar en la intervención o la intervención desarrollada para la reunificación familiar con la familia no tenga los resultados esperados y/o el/la adolescente no quiere ser reunificado/a y/o revinculado/a con su familia, se deben reunir los antecedentes necesarios para presentarlos en reuniones de análisis de casos y reuniones resolutorias, para evaluar la situación del/la adolescente y decidir colegiadamente su proyección de egreso del sistema, a una Familia de Acogida Externa, o bien a través de la adopción. De definirse el inicio de una causa de susceptibilidad de adopción se remite la información solicitada para este proceso a la Unidad Regional de Adopción.

1. Abordaje terapéutico con el/la adolescente

Para que las intervenciones ligadas a lo individual le hagan sentido a un/a adolescente y pueda beneficiarse plenamente de éstas, el entorno en el que vive debe ser estable, cálido y enriquecedor. Cuando ellos/as se sienten seguros/as tienen relaciones de confianza con las personas adultas y participan en actividades y rutinas en las que experimentan satisfacción, siendo más probable que tengan la energía, la atención y el deseo de participar en intervenciones socioeducativas y/o terapéuticas (Holden, 2023), por lo que el sostén brindado por el equipo en su conjunto a través de la Residencialidad Terapéutica es fundamental y transversal a todo el proceso.

En este sentido, el equipo también debe asegurar que, desde el primer día, el/la adolescente sienta la presencia de un espacio de seguridad y la confianza en que esta será duradera, lo que es fundamental para proporcionar una acogida bien informada sobre el trauma que mejore el bienestar de éstos/as, por lo que necesitan sentirse seguros/as para poder relajarse, participar en actividades y beneficiarse de sus experiencias (Holden, 2023). De este modo, si ellos/as están rodeados/as de personas adultas de confianza y la convivencia se da en base a normas en las que participan, las perciben como justas y estas se respetan, es más probable que se sientan seguros/as.

Teniendo a la base estas premisas para su implementación es importante considerar la relevancia del establecimiento de **vínculos seguros** a través de las interacciones de las personas adultas con los/as adolescentes, que además perduran durante el periodo de permanencia de estos/as en la residencia. Así, una naturaleza afectuosa y cariñosa de las relaciones entre éstos/as contribuye significativamente a mejorar el funcionamiento conductual y emocional de los/as adolescentes (Farmer et al. 2017, en Holden, 2023).

Esta óptima vinculación **se caracteriza por el afecto, la reciprocidad, la complejidad progresiva del desarrollo de competencias y el equilibrio de poder**. Estos cuatro elementos permiten al equipo integrado en su conjunto formar relaciones auténticas y con propósito, que ayudan a los/las adolescentes a crecer, desarrollarse y prosperar.

De este modo, estas interacciones que el equipo debe generar en el quehacer cotidiano le proporcionan al/la adolescente una serie de experiencias de aprendizaje interpersonal que aumentan su capacidad de prosperar (Holden, 2023). Lo anterior, también puede moldear las creencias y expectativas generales de los/as 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/as adolescentes forman en la residencia son fundamentales a la hora de ayudarles a desarrollar competencias y construir relaciones significativas a lo largo de su vida. Esto, en el entendido de las consideraciones de la etapa de desarrollo y curso de vida de cada uno de los/as adolescentes que son parte de la residencia, la que aportará al objetivo de esta intervención, al poder brindar un espacio relacional donde cada adolescente pueda desplegar la capacidad de reconocer, soportar, regular y expresar emociones de una manera adecuada a su edad.

Estas consideraciones son relevantes, ya que si bien todos los/as adolescentes necesitan las mismas experiencias y oportunidades básicas para desarrollarse hasta la edad adulta, quienes han sufrido situaciones adversas requieren experimentar nuevas vivencias reparatorias que les permitan resignificar y así superar las transiciones vitales que impidieron su desarrollo (Holden, 2023). Desde esta perspectiva, el equipo puede ver los comportamientos inusuales o las variaciones en el ciclo vital en el contexto de la progresión del desarrollo del/la adolescente, en lugar de considerarlos “comportamientos desafiantes”. Para abordar esto, el equipo integrado debe ayudar a satisfacer algunas de las necesidades sociales y de desarrollo básicas de los/as adolescentes, como el afecto, el dominio, el propósito y la autonomía, creando las condiciones para que éstos/as desplieguen 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 de la vida de los/as adolescentes, donde además debe considerar las pérdidas que han vivido, como son su familia, sus amigos, su escuela, su casa, sus mascotas y sus pertenencias, los que tienen un profundo efecto en su capacidad para poder confiar en las personas adultas que les cuidan y entablar relaciones con ellas. A lo anterior se suma que, cuando las separaciones y las pérdidas son repentinas, inesperadas, dramáticas, extremas o repetidas, se consideran acontecimientos traumáticos, por lo que los/as adolescentes se sienten abrumados por la ansiedad y podrían desarrollar sentimientos de culpa, ira, vergüenza e impotencia, siendo posible visualizar que todos/as han experimentado, al menos, una pérdida al ingresar al acogimiento residencial. Es por ello que **la capacidad de comprender y responder a la expresión de pérdida de los/as adolescentes y a su duelo constituye una habilidad clave que deben poseer los integrantes del equipo**.

Desde un **acompañamiento terapéutico individual bien informado en trauma** se tiene la claridad de que, en general, los/as adolescentes en acogimiento residencial pueden llegar a vivir experiencias saturadas de pérdidas que a veces se dejan sin reconocimiento (Holden, p.108, 2023), siendo en estas tempranas trayectorias de adversidad y trauma uno de los efectos más significativos **la incapacidad para autorregular las emociones y controlar los impulsos**, donde, al enfrentarse a emociones fuertes, los/as adolescentes que han tenido estas experiencias podrían reaccionar 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.

Así, este acompañamiento comprende que a cada adolescente que es parte de la residencia se le deben brindar experiencias de desarrollo normales, relaciones afectuosas, oportunidades para participar y contribuir, y espacios individualizados para superar las dificultades a lo largo del día en su quehacer cotidiano. De este modo, la dimensión de abordaje terapéutico al/la adolescente, a través del equipo integrado, les proporciona el entorno óptimo para poder alcanzar su máximo potencial de desarrollo, ofreciéndole espacios donde pueden ensayar formas nuevas y diferentes modos de gestionar los 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 y consideran sus intereses reflejados en el abanico de actividades.

Este abordaje terapéutico, tanto en lo cotidiano como en espacios individualizados, ofrece al/la adolescente una relación de compromiso, de apoyo y oportunidades, donde el equipo integrado va trabajando el aumento de la resiliencia, a través del fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional, la autonomía, la autosuficiencia, la competencia social, la flexibilidad y la capacidad para resolver problemas y adaptarse a los cambios (Holden, 2023).

Para el logro de aquello, el/la profesional a cargo del acompañamiento terapéutico individual, en colaboración permanente con el equipo asignado, debe fortalecer las siguientes habilidades (Holden, 2023):

- **Habilidades de co-regulación y de autorregulación:** En sus relaciones con las personas adultas, los/as adolescentes aprenden a controlar su comportamiento, sus emociones, sus pensamientos y su atención, un conjunto de habilidades conocido como autorregulación. A medida que los/as profesionales identifican las emociones en los/as adolescentes y les ayudan a aprender formas de gestionarlas, se desarrollan las habilidades de autorregulación (Van der Kolk, 2015, en Holden, 2023). Los/as adolescentes requieren de personas adultas que les ayuden a controlar el estrés, proporcionándoles una base segura; por ello cada integrante del equipo debe escuchar activamente, ayudar a los/as adolescentes a etiquetar sus emociones, utilizar un tono de voz tranquilizador y reconfortante, y satisfacer sus necesidades, lo que forma parte del proceso de co-regulación. En caso de los/as adolescentes que no han aprendido a gestionar sus emociones necesitan que un adulto/a de confianza les ayude a co-regular (identificar y gestionar) las emociones a lo largo del día, así como en momentos de estrés y disgusto. 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.
- **Habilidades sociales e interpersonales:** Todos los/as 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 integrado debe intencionar que cada adolescente aprenda a llevarse bien con los demás integrantes de la residencia, así como de los entornos donde se relaciona, y a establecer amistades. Para que desarrollen y mantengan relaciones amistosas necesitan tener una serie de habilidades, como empatía y capacidad de resolución de problemas y conflictos, control de los impulsos, flexibilidad y comunicación, los que se van trabajando en el día a día.
- **Autonomía:** Esta se constituye en un primer soporte para lo que luego será el abordaje de fortalecimiento de competencias del/la adolescente y corresponde a un conjunto de habilidades y actitudes que incluyen la capacidad de razonar, considerar diferentes puntos de vista, autoestima positiva y respeto de sí mismo/a. Para que los/as adolescentes desarrollen estas habilidades y actitudes necesitan oportunidades en las que puedan elegir, considerando alternativas significativas. Para acompañarlos/as en este proceso el equipo integrado 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/as demás.
- **Autosuficiencia:** Es la convicción de una persona sobre su capacidad para tener éxito en una situación en concreto, desempeña un papel importante en la forma en que las personas afrontan las dificultades. La autosuficiencia positiva ayuda a los/as 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 como un elemento 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/as adolescentes a superar experiencias traumáticas (Perry, 2002, en Holden, 2023). 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, ¡el juego es divertido! (Holden, 2023).

Aunque el juego se considera con frecuencia un elemento no esencial, el Comité de Derechos del Niño (2013) reafirma que es una dimensión fundamental y vital del placer de la niñez, así como un componente indispensable del desarrollo físico, social, cognitivo, emocional y espiritual.

Para lo anterior, se debe proporcionar el espacio óptimo para que los/as adolescentes jueguen y se expresen, el que puede ser una sala de juegos del que la residencia disponga, pero también en algunas ocasiones o cuando les acomode más, otro tipo de espacios abiertos como el patio u otros de su agrado. Se recomienda que se disponga y ofrezca en la residencia distintos tipos de juegos, como: juegos tradicionales, juegos de mesa, juegos de rol, juegos de construcción, juegos cooperativos, juegos de agilidad mental, juegos en el exterior, entre otros. Para la estimulación de la fantasía y el juego de roles se suelen utilizar muñecos, figuras de animales, coches, piezas de ensamblar y disfraces; para lo anterior se recomienda tener muñecos con distintas tonalidades de piel, así como de distintos géneros y edades, la idea es que los/as adolescentes se sientan invitados/as y cómodos/as para jugar y expresarse libremente.

En el mismo ámbito, el arte y la música también son salidas para la energía creativa y la inquietud emocional, el teatro y los juegos de fantasía ayudan a los/as adolescentes a superar acontecimientos traumáticos del pasado y a hacer frente al estrés emocional. Los pasatiempos y las actividades de interés identificados e incentivados por el/la Terapeuta Ocupacional potencian los puntos fuertes y los intereses de los/as adolescentes y les ayudan a desarrollar un sentimiento de identidad. Las actividades de tiempo libre les enseñan a divertirse y a disfrutar de la vida de forma sana y positiva, sin embargo, la evidencia ha dado cuenta de que muchos entornos y programas residenciales son deficitarios en actividades y en otras oportunidades las limitan a los/as adolescentes que se las han ganado (Vander Ven, 2005 en Holden, 2023), siendo utilizado como medio de regulación.

Si las condiciones de reunificación se están dando favorablemente, se considera relevante **involucrar a las familias** en estas actividades, puesto que proporcionan un medio para desarrollar relaciones más sanas entre sus miembros, fomentar una asociación entre la familia y el/la adolescente, y modelar una variedad de formas de participar en actividades divertidas y productivas. Que los/las profesionales del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico y de Revinculación Familiar incluyan a las familias como socios en todas las actividades posibles de la vida diaria de los/as adolescentes da la posibilidad de que sus miembros pueden relajarse y participar en un ambiente no amenazador, los/as adolescentes tienen la oportunidad de demostrar sus fortalezas, habilidades y amistades que han generado, y las familias pueden aportar ideas y recursos para las actividades que pongan de relieve los talentos, intereses y habilidades de sus hijos/as. Dichos eventos también brindan a las familias la oportunidad de compartir su propio bagaje cultural con los demás (Holden, 2023).

Así, el desarrollo de esta dimensión tiene su foco en una atención compartida por todo el equipo de la residencia hacia lo que el/la adolescente presenta como experiencias, pensamientos y sentimientos centrales. Desde esto es el poder otorgarles seguridad emocional que es compatible con el establecimiento de límites, estima, afecto y cuidados eficaces, aspectos que se van desarrollando en la intervención cotidiana, o sea, en el trato directo que se tiene en el día a día con ellos/as. En resumen, otorgarles nuevas posibilidades de experiencias relacionales y así ir recuperando la confianza en los/las otros/as que deben protegerle. Así, este sostén afectivo es la base para ir desarrollando su identidad personal y autoestima, donde el rol protector que deben cumplir los/las adultos que son parte de la residencia es fundamental.

2. Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de agencia del/la adolescente

El sentido de esta dimensión es acompañar a los/as adolescentes a fortalecer y desarrollar nuevas habilidades para la vida, estableciendo expectativas basadas en las necesidades de cada uno/a, abordando aspectos de su identidad para el desarrollo de su agencia personal. Ésta se encuentra liderada por el/la Terapeuta Ocupacional en compañía del resto del equipo integrado, quien debe tomar decisiones en función de las habilidades, preferencias y necesidades específicas del/la adolescente en ese momento y entorno concreto.

El fundamento de esta intervención lo proporciona el principio de la residencialidad, que establece que ésta debe **fortalecer competencias**, es decir, que los equipos deben considerar que su función principal es ayudar a los/as adolescentes a ser competentes en la gestión de su entorno, así como motivarles para que afronten los retos y dominen nuevas habilidades (Holden, 2023). De este modo, la labor es acompañarlos/as 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 foco es que los/as 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 solucionen sus conflictos, siendo ésta una habilidad vital fundamental. El sentido es que el equipo integrado pueda ayudarles a alcanzar sus objetivos personales y aumentar su motivación para aprender nuevas habilidades.

Esta intervención se desarrolla en un contexto donde el equipo integrado apoya a los/as adolescentes a desarrollar habilidades en el transcurso de la realización de rutinas y actividades diarias diseñadas por el/la Terapeuta Ocupacional, proporcionándoles apoyo cuando se enfrentan a situaciones difíciles. Estas rutinas y actividades ayudan a los/las adolescentes a desarrollar habilidades para la vida, comportamientos prosociales, el deseo de aprender y el desarrollo de su agencia, lo que va aportando al desarrollo de su identidad. Los acontecimientos del día a día -desde la mañana hasta la noche- conforman la experiencia del/la adolescente en la residencia.

Lo anterior se ejecuta en todos los contextos que pueda permitir la residencia y tiene a la base la consideración de los recursos, fortalezas y habilidades que poseen los/as propios/as adolescentes para desarrollar nuevas formas de relacionarse entre pares y con el mundo adulto, lo que se desarrolla en concreto a través de actividades o sesiones socioeducativas de carácter quincenal, donde se abordan temáticas como la asertividad, la modulación afectiva, la expresión emocional, el autoconcepto, autoprotección, la cooperación, entre otros temas. El modo de abordaje debe ser escogido según la etapa de desarrollo de los/as adolescentes y con actividades que, por un lado, les motiven a participar y, por otro, les permitan comprender lo abordado, lo que puede ser a través del desarrollo de manualidades, lectura y creación de cuentos, teatro o juegos de roles que pueden ser personificados con disfraces, juegos de mímica o juegos de mesa, que aborden temáticas relacionadas, entre otras instancias, que el equipo pueda propiciar.

Lo anterior permite trabajar de modo transversal ámbitos como la **autoestima**, la cual alude al conjunto de sentimientos y valoraciones sobre uno mismo/a, recogiendo lo que cada uno siente respecto a cómo es y en qué medida valora las características y capacidades que percibe en sí mismo/a (Lázaro, en Bravo y Del Valle, 2009). En este mismo sentido, también se requiere trabajar temáticas vinculadas con el enfoque de derechos, como los derechos de la niñez y adolescencia, género y diversidades sexoafectivas, junto con el abordaje de ámbitos propios de su desarrollo físico, psíquico, entre otras temáticas que se desarrollan en los enfoques transversales del Servicio.

Las metodologías para abordar estas temáticas pueden ser mixtas, es decir, individuales y/o grupales. Para evaluar cuáles serán los mecanismos y definir la mejor opción se debe tomar en consideración las características de los/as adolescentes, sus necesidades particulares, los objetivos de sus planes de intervención y su desarrollo. En los casos en que se contemplen acciones de modo individual se espera que ello responda a las necesidades particulares del/la adolescente, así como la consideración a que, por causa del proceso en el cual se encuentra, fuera contraproducente participar de espacios grupales que tengan estas finalidades, o bien, que pueda resultarles incómodo o amenazante. Las intervenciones de carácter grupal tienen la virtud de que los/as interventores movilizan los recursos de los mismos participantes para generar procesos colectivos de aprendizajes y, además, es un ejercicio in situ para entrenar sus habilidades. Asimismo, los/as adolescentes requieren disponer de una red de relaciones afectivas entre pares que comparten la residencia que les permita sentirse integrados/as y aceptados/as.

Acompañar a los/as adolescentes a practicar y aprender las habilidades que necesitan para tener éxito en un contexto de colectividad les ayuda a desarrollar sentido de pertenencia, donde el equipo integrado debe estructurar, supervisar y guiar con sumo cuidado el proceso y la interacción del grupo a lo largo del día. Las intervenciones pueden ser previamente planificadas, como también aprovechar temáticas que surgen espontáneamente de los/as adolescentes, a partir de sus vivencias cotidianas. Las técnicas a utilizar deben favorecer el protagonismo de ellos/ellas y, como ya se ha mencionado, deben ser lúdicas, que motiven la participación, la reflexión y la problematización, respetando los distintos tramos de edad y evitando que quien guíe las sesiones asuma un rol de expositor/a, sino más bien de facilitador/a.

Otro aspecto que considerar para el **abordaje del desarrollo de agencia** es el trabajo identitario. Para ello es fundamental tener presente que hay dos tipos de pérdidas que experimentan los/as adolescentes. El primer tipo corresponde a las

pérdidas tangibles que implican una vinculación física concreta (p. ej., la pérdida de una mascota, un hogar o incluso un juguete favorito). Por otro lado, las pérdidas intangibles son sobre todo emocionales o psicológicas y son más difíciles de gestionar (p. ej., la sensación de seguridad, un futuro, la autoestima o la alegría). Cuando un/a adolescente vive la experiencia de ser separado/a de su familia de origen, no solo la pierde a ella (pérdida tangible), sino que también podría perder su identidad como hijo/a, hermano/a o nieto/a de alguien (pérdida intangible). Estos quiebres afectan su capacidad para formarse un sentido de identidad, una importante tarea del desarrollo de toda persona. Así, separarse de sus seres queridos, a menudo sin entender por qué, puede dar lugar a profundos sentimientos de vergüenza, de creer ser indigno/a o sentirse fracasado/a.

Cuando estas pérdidas permanecen sin reconocimiento ni duelo, la persona se infravalora y deshumaniza; por otro lado, equipos bien intencionados pueden estar ansiosos/as por ayudar al/la adolescente a superar la pérdida antes de que esté preparado/a. Estas consideraciones desde la mirada informada en trauma permiten al equipo integrado ponerse a disposición de ellos/as para ayudarles a llorar sus pérdidas y seguir adelante en sus propios términos.

Algunas técnicas que pueden ayudar a manifestar y reelaborar el dolor de sus pérdidas, así como el abordar ámbitos de la identidad y agencia personal de los/as adolescentes, pueden ser las fotografías digitales, ya que permiten capturar imágenes de cosas, conceptos o experiencias que son significativas para ellos y ellas o ilustrar sus actividades cotidianas. Junto con ello, es fundamental que el uso de técnicas de fotografía digital asegure las consideraciones éticas de confidencialidad (UNICEF 2022, p.35). Estas pueden ser almacenadas de manera virtual o ser impresas e ir siendo incorporadas en formato de collage, cuaderno, álbum o como al/la adolescente tenga pensado, dando libertad a su creatividad. En esta herramienta o cualquier otra que pueda ser propuesta por el equipo o por el/la mismo/a adolescente pueden plasmarse todas aquellas experiencias, situaciones, ideas o eventos que sean de relevancia para el/ella, las que también pueden ser expresadas en palabras, dibujos, manualidades o imágenes que surjan desde la espontaneidad. De este modo, el incorporar estas metodologías tiene una función relevante durante la estadía residencial del/la adolescente, donde permite no solo el ir registrando su historia, abordando ámbitos de su identidad; sino también abordarla en términos terapéuticos, pues recurrir a estas técnicas puede ser una herramienta que le permita calmarse en momentos de dificultad o agitación, lo anterior, dado que puede ayudar al equipo a explicarle al/la adolescente ciertas circunstancias de su vida relacionadas con lo que está experimentando, sobre todo en lo que pudiera tener relación con los vínculos con miembros de su familia de origen, donde este malestar ocasionado por sus experiencias adversas puede ser canalizado con este objeto que los/as representa. La persona encargada de promover la realización y su desarrollo es el/la el/la psicólogo/a o trabajador/a social de la Residencia en coordinación con el equipo.

Durante este proceso de abordaje terapéutico con el/la adolescente y la familia, en la medida que se observa el logro de los objetivos definidos en el Plan de Intervención Individual Unificado, se inician espacios progresivos de salidas y visitas al hogar familiar, con episodios que aumentan gradualmente. 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.

Es importante que este proceso sea acompañado/a, 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 de la Residencialidad Terapéutica.

c. Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitarios

En un marco del ejercicio integral de derechos, la residencia debe procurar que los/as adolescentes reciban todas las prestaciones que requieran para su desarrollo y de acuerdo a las necesidades específicas que cada uno o una presente, especialmente debe gestionarse el acceso al sistema de salud, educación y prestación social, en coherencia con lo establecido en la Ley 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, como ya fue señalado en el componente, considerando además las distintas realidades locales. Así, es que la intervención se desarrolla desde un marco de ciudadanía, pues contribuye al ejercicio pleno de derechos y apunta a que el Estado, como principal garante y la sociedad en su conjunto, asegure dicho ejercicio.

Este componente se ejecuta desde el principio orientado a la ecología que sostiene que cuantas más oportunidades cree el equipo para que los/las adolescentes participen en distintos espacios con el apoyo de personas adultas que les cuidan, más motivados estarán para involucrarse y participar en el aprendizaje. De este modo, se sostiene que la posibilidad de acceso de los /as adolescentes a las diversos servicios y actividades que requieren son en parte prestaciones que otorga la residencia, pero también que pudiera requerir de otras entidades, las cuales deben ajustarse a las necesidades del /la niño/a y a sus capacidades cambiantes para maximizar su crecimiento y desarrollo (Holden, 2023).

De este modo, de acuerdo con las necesidades de salud que hayan sido consignadas en la evaluación realizada por el programa de Diagnóstico Clínico Especializado o que haya detectado la Residencia, se deberán realizar las coordinaciones pertinentes para que el /la adolescente reciba las prestaciones que requiera en el ámbito de salud física y/o mental. Como también, se tendrá que efectuar la gestión de las terapias y apoyos necesarios en caso de presentar algún rezago en el desarrollo, o bien, alguna necesidad de apoyo específico. Así, cuando corresponda, se apoyará a la familia y, de no ser posible, el equipo realizará el procedimiento para que el/la adolescente, obtenga la certificación de la discapacidad o condición en la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), correspondiente^[19].

Lo mismo se deberá efectuar respecto de las **necesidades educativas** particulares, procurando que el /la adolescente asista al establecimiento educacional más pertinente y reciba los refuerzos que favorezcan su proceso de aprendizaje, en caso de requerirlo, como también, todos los apoyos y beneficios que otorga el sector educacional. El o la Terapeuta Ocupacional será el responsable de coordinarse con el sector salud y educación e integrar dentro de la rutina individual las indicaciones que realicen ambos sectores y su registro en el plan de intervención. Desde otra dimensión de esta intervención, y considerando la relevancia de lo promocional; la vinculación con los establecimientos educacionales también puede ser útil para que compañeros/as de los/las adolescentes, con la autorización de sus adultos cuidadores, participen en actividades de la residencia, como puede ser de espacios de estudio, en celebración de cumpleaños, actividades recreativas, entre otros.

Además, la dupla de la residencia y de reunificación Trabajador/a Social y Psicólogo deberán 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. También es importante que estos profesionales cuenten con un mapeo de los recursos comunitarios y servicios que ofrezca el municipio y el sector privado. Para que lo anterior sea posible, en primer lugar, se debe efectuar un trabajo para que la residencia sea reconocida como un recurso más del territorio, evitando la estigmatización y procurando que los/las adolescentes se desenvuelvan como actores de esa comunidad (entendiendo que su permanencia en ella es transitoria). De esta manera, se debe promover que los/las adolescentes, participen en distintas instancias que aporten a sus procesos terapéuticos y al desarrollo del máximo de sus potencialidades, como puede ser su inclusión en actividades culturales, deportivas, artísticas, entre otras, siendo esto último una responsabilidad de todo el equipo residencial, liderado por su Director/a.

Respecto de los/as adolescentes en situación de migración, el equipo deberá realizar las gestiones necesarias para que accedan a todos los servicios y prestaciones a los cuales tienen derecho. Además, si algún adolescente se encuentra en una situación migratoria irregular, la residencia tendrá que apoyar a la familia, y de no ser posible, el equipo 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^[20].

Finalmente, el Director/a es el/la responsable de establecer y fortalecer relaciones con los vecinos/as y quienes forman parte del entorno comunitario en el cual se inserta la residencia.

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

La implementación de la evaluación se encuentra bajo la responsabilidad del Equipo Asignado, vale decir, Psicólogo/a o Trabajador/a Social de la residencia/ Psicólogo/a o Trabajador/a Social a cargo de la Revinculación y/o Reunificación Familiar, Terapeuta Ocupacional y Cuidador/a Terapéutico, aportando cada cual desde su especificidad a 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, en consonancia a ello, dos momentos de evaluación: (1) La Evaluación de Proceso y (2) La Evaluación al término de la intervención.

La **Evaluación de Proceso con el/la adolescente y su familia** considera los siguientes ámbitos: individual; familiar y las redes. Ésta consiste en la revisión de los avances del Plan de Intervención Individual Unificado, la identificación de obstaculizadores y/o nuevos hallazgos que emerjan durante la intervención para, si corresponde, ajustar dicho plan y tomar decisiones oportunas para el bienestar del/a adolescente.

Para ello, el Equipo Integrado deberá 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, en 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.

En materia de redes, es imprescindible que los logros, limitaciones e inconvenientes que han presentado en la atención con los/las adolescentes y sus familias 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.

Esta evaluación se realiza trimestralmente, siendo recomendable que, de manera complementaria, el Equipo asignado sostenga reuniones con el Director/a, con el fin de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos. No obstante, lo anterior, la evaluación 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.

Dicho proceso de evaluación trimestral se informa al Tribunal de Familia derivante en los plazos establecidos por esta entidad, a través del Informe de Avance (Anexo N° 2: Formato de Informe de Avance), incorporado al Sistema Informático del Servicio.

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

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/as adultos/as -con los que se trabajó para 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, lo cual 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, además de la evaluación del logro de resultados del acompañamiento terapéutico con el/la adolescente.

Esta fase 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 favorecieron la ocurrencia de experiencias adversas que afectaron a sus hijos/as; para luego recordar 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 padres, madres o cuidadores/as principales a identificar nudos que requieren atención, para que no se reiteren situaciones que dañen a los/as adolescentes. Asimismo, es importante chequear que las familias se encuentren conectadas con el sistema de protección social, salud, educación y que mantengan los soportes movilizados 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 en intervención residencial.

Previo a la despedida de la residencia se debe realizar una actividad reflexiva, conducida por el equipo y su familia o un referente afectivo, en el caso en que se haya determinado por otra alternativa de egreso, con el propósito de revisar el

proceso desarrollado, los avances y los desafíos por venir. El equipo en conjunto con los otros/as adolescentes pueden crear una metodología para el hito de despedida, que se ajuste a las características del/la adolescente a quién se está despidiendo. Además, se debe entregar al/la adolescente su álbum de fotografías o cualquiera haya sido el insumo escogido por éste/a para registro de su paso por la residencia, previa consignación de este proceso y la documentación a la familia o al referente con el cual egresa.

Esta etapa 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. Este PII-U debe contener objetivos, actividades presenciales (no sólo contactos telefónicos), plazos y responsables concernientes a los temas abordados durante el proceso residencial.

Lo antes señalado 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 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, una nueva alternativa para 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 del ingreso a una familia de acogida externa o de un proceso de adopción, para lo cual es preciso ajustar el Plan de Intervención Individual Unificado acorde a esta determinación. Cuando se estima factible, el Plan de Intervención Individual Unificado se ajusta, redefiniéndose los objetivos para la intervención individual con el/la adolescente, para el ámbito familiar y el de redes.

Etapa 4: Sostenibilidad de los cambios (6 meses)

La etapa de sostenibilidad de los cambios se extiende por un plazo máximo de 6 meses^[21], 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, siendo liderado por el/la Psicólogo/a o Trabajador Social a cargo de la Revinculación y reunificación familiar, no obstante, no hay que perder de vista que el/la adolescente requiere contar con un espacio propio de acompañamiento terapéutico individual, el que sigue estando a cargo del/la Psicólogo/a o Trabajador Social de la residencia, trabajando coordinadamente para hacer sostenible el retorno del/la adolescente a la convivencia familiar, abordando oportunamente situaciones de conflicto relacional u otras situaciones que puedan afectar la continuidad de la convivencia. Así también, se les brinda apoyo ante cualquier inquietud que deseen comunicar, recogiendo su opinión y explicando, en un lenguaje comprensible y de acuerdo con su curso de vida, aspectos que para ellos/as puedan resultar significativos respecto de la proyección del cuidado de forma definitiva.

Cabe señalar que esta etapa es una continuación de la intervención con el /la adolescente y no sólo un seguimiento, pues se trata de un acompañamiento activo, que se da preferentemente en el domicilio familiar. Para el logro de lo anterior es imprescindible que el Equipo Integrado realice un acompañamiento planificado, que vaya disminuyendo su intensidad gradualmente, hasta que la familia se encuentre en plenas condiciones para asumir el cuidado de manera segura y protectora.

En este contexto, el/la Psicólogo/a o Trabajador/a social Residencial junto al Terapeuta Ocupacional deberán acompañar al/la adolescente en este nuevo proceso que se inicia con la convivencia con su familia, manteniendo su vinculación e intervención terapéutica, a fin de apoyarlo/a en ese tránsito del cuidado y favoreciendo su adaptación al nuevo entorno. El/la Terapeuta Ocupacional colabora en el ajuste de la rutina familiar a las necesidades del/la adolescente, dando continuidad al desarrollo de habilidades de autonomía y, en conjunto con la familia, facilitando la integración del/la adolescente a su nuevo contexto socio comunitario (escuela, traslado de consultorio o dispositivo de APS, activación de redes intersectoriales y comunitarias que den continuidad al desarrollo de intereses logrado en el entorno residencial). Así también, es necesario mantener un trabajo coordinado y colaborativo **con el Programa Mi Abogado y el curador ad litem** y, si el/la adolescente o la familia requiere otros soportes, se deberá gestionar el acceso a las prestaciones necesarias.

Durante el primer mes, el acompañamiento debe realizarse con una frecuencia de dos veces por semana, debiendo **al menos** una de ellas tener carácter presencial^[22] y, posteriormente, a partir del segundo mes en adelante 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, a los tres meses de iniciada ésta, se consensue entre todos los actores que participan del proceso una frecuencia quincenal.

En cuanto a la **evaluación del cumplimiento de los objetivos del PII-U** en la etapa de sostenibilidad de los cambios, el PII-U debe ser evaluado conforme avanza el proceso de convivencia permanente en el mismo hogar de los/las adolescentes y la familia con la cual se ha trabajado la reunificación o integración familiar, considerándose pertinente la realización de, al menos, dos evaluaciones en esta etapa.

Las evaluaciones del PII-U se realizan trimestralmente (o en el plazo que defina el tribunal derivante) en sesiones conjuntas, de carácter presencial, en las cuales participan los/las adolescentes, el grupo familiar que se ha constituido como alternativa familiar estable y el Equipo Asignado. Estas podrán efectuarse en el domicilio de la familia 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 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.

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, para lo cual se aplican los criterios para definir el egreso, que se encuentran descritos en la Base Técnica del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Cabe señalar que será necesario solicitar cambio de medida cuando un/a adolescente denuncie o alguno de los miembros del Equipo Integrado tome conocimiento de hechos eventualmente constitutivos de delitos cuyos responsables sean los/las adultos/as con los que se encuentre conviviendo, activando la Resolución Exenta N°155, de 14 de marzo de 2022, de este Servicio, u otra que la sustituya, aplicando los procedimientos e instrucciones técnicas señaladas en dicho documento.

Una vez logrado el objetivo de que la familia pueda continuar asumiendo el cuidado y la crianza del/la adolescente sin el acompañamiento del Equipo asignado se avanza a la etapa de egreso.

Etapas 5: Egreso (2 semanas)

Esta última fase tiene una duración referencial de 2 semanas y es de responsabilidad del/la Director/a de la Residencia.

La etapa de egreso se inicia cuando se evalúan logrados los objetivos del PII-U para la etapa de sostenibilidad de los cambios y en ella se realizan tres actividades principales: sesión de cierre con el/la adolescente y el/la adulto/a a cargo del cuidado familiar estable, elaboración del Informe de Egreso y cierre administrativo de la intervención.

En la sesión de cierre del proceso el Equipo Asignado realiza devolución del camino recorrido juntos/as, señalando los hitos relevantes, los cambios logrados por el/la adolescente y la familia, los recursos desplegados por ellos/as en la intervención y que pueden utilizar cuando lo necesiten, entre otros que favorezcan la construcción de identidad familiar y la percepción de autoeficacia.

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

En caso de adolescentes, que restituyen su derecho a vivir en familia ingresando a un Cuidado Alternativo Familiar Externo (FAE), será responsable de su atención el equipo de dicho programa.

Por otra parte, el Equipo asignado elabora el Informe de Egreso (ver formato en anexo N°3), el cual se remite al Tribunal de Familia o con competencia en esta materia solicitando el egreso del/la adolescente del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

El proceso de egreso propiamente tal 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, fundamentada en que el/la adolescente que se encuentra conviviendo con su familia cuenta con las condiciones de protección necesarias y son sostenibles sin acompañamiento del equipo.

Para el cierre del proceso de intervención es necesario realizar el egreso administrativo en la plataforma informática del Servicio.

7.4. MATRIZ LÓGICA

La presente matriz lógica considera indicadores asociados al objetivo general y específico del Programa, sus correspondientes fórmulas de cálculo, resultados esperados y medios de verificación.

Este Programa, además, aporta al logro del objetivo de fin del Modelo Residencial Terapéutico Integrado: Contribuir a la protección de los derechos de los y las adolescentes vulnerados/as.

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

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Restituir el derecho de los NNA a vivir en una familia estable y protectora	Porcentaje de NNA que egresan del programa en el año t habiendo cumplido el 100% de los objetivos de su PII	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de NNA que egresan del programa en el año t habiendo cumplido el 100\% de los objetivos de su PII}}{\text{N}^\circ \text{ de NNA que egresan del programa en el año t}} \right) * 100$	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 NNA egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de residencialidad terapéutica en el año t.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados que cumplen el 100\% del objetivo del PII-U de residencialidad terapéutica en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados en el año t}} \right) * 100$	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 NNA egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados que cumplen el 100\% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados en el año t}} \right) * 100$	90%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio
Articular los soportes intersectoriales y comunitarios durante la permanencia del/la adolescente en el Programa.	Porcentaje de NNA egresados que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de soportes intersectoriales y comunitarios en el año t	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados que cumplen el 100\% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ de NNA egresados en el año t}} \right) * 100$	90%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio

VIII. RECURSOS

8.1 GESTIÓN DE PERSONAS

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 orientaciones 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 atener 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 orientaciones 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 Síndrome de Burnout y mejorar las estrategias de intervención.

Recursos Humanos

El Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Adolescencia Temprana 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
Terapeuta Ocupacional[23]	1	Completa
Cuidador/a Terapéutico	1 cada 3 niños/as de día 1 cada 4 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 coordinadore/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/la **Director/a** es el/la encargado/a de liderar y monitorear los procesos de ejecución del PII-U de cada adolescente y sus familias o personas adultas con las que se proyecta el cuidado familiar estable, velando por el óptimo desarrollo del Modelo Residencial Terapéutico Integrado siendo, además, responsable del cuidado personal de los/las adolescentes.

En concordancia con lo anterior, acompaña, asesora y conduce técnicamente al Equipo Integrado en apoyo a la intervención, a través de reuniones periódicas y otras metodologías de trabajo que promuevan una práctica reflexiva[24], la que invita a la escucha, análisis y retroalimentación al interior del equipo. A su vez, brinda la posibilidad de acceder a la autoconciencia de prejuicios, desafíos y puntos ciegos en el trabajo que se lleva a cabo, intencionando cambios que permitan dotar de sentido, continuidad y consistencia al trabajo realizado al interior del equipo (Andersen, 1997).

Complementariamente, 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.

Asimismo, debe monitorear el logro de objetivos del Modelo Residencial Terapéutico Integrado y los registros de la intervención realizada con los/las adolescentes y sus familias, en la carpeta individual y en la plataforma informática del Servicio.

El/la Terapeuta Residencial **Psicólogo/a o Trabajador Social** de este programa complementa su labor con el /la Psicólogo/a o Trabajador Social del programa de Fortalecimiento y Revinculación encargado/a de acompañamiento terapéutico familiar, siendo necesario que sea de la profesión complementaria para resguardar la mirada psicosocial. Ello, en el marco del equipo asignado que incorpora al Cuidador/a Terapéutico/a y el/la Terapeuta Ocupacional de la residencia.

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, además de trabajar colaborativamente con el/la profesional a cargo de la revinculación y/o reunificación familiar.

El/la **Terapeuta Ocupacional** es quien debe asegurar el desarrollo óptimo del principio basado en competencias, debiendo definir las rutinas de los/las adolescentes, en función de sus habilidades, preferencias y necesidades específicas en ese momento y entorno concreto, acompañado del equipo integrado.

En el espacio residencial es responsable del diseño participativo de la rutina general y rutinas personalizadas, según las necesidades de desarrollo de los/as adolescentes, a fin de favorecer el desarrollo de habilidades para la autonomía progresiva, además de trabajar colaborativamente con el/la Psicólogo/a o Trabajador/a Social a cargo de la revinculación y/o reunificación familiar, en el contexto de la Residencialidad Terapéutica y en la etapa de sostenibilidad de los cambios.

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 del equipo de este programa forman parte del Equipo Integrado, 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: la seguridad, la calidad de vida para el bienestar y el 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 un inmueble, ya sea, propio, arrendado cedido, destinado, en comodato u otro título que lo garantice por un tiempo determinado, el que no podrá ser inferior a la duración del proyecto, y que contemple apropiadas condiciones de prevención de riesgos y 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.

Sobre el inmueble:

- Dormitorios que permitan albergar hasta 20 adolescentes, considerando que cuenten con espacios que promuevan la privacidad.
- Los Espacios comunes o compartidos deben contar con mobiliario adecuado para los/as adolescentes y sus familias y contar con ornamentación y equipamiento ajustado a sus necesidades.
- 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.
- Espacio para visitas familiares.

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 vigor 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

Águila-Calero G, Díaz-Quinones J, Díaz-Martínez P. Adolescencia temprana y parentalidad (2017). Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. Medisur [revista en Internet]. Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3552>

Amar, J. Abello, R. y Tirado, D. (2014). Desarrollo infantil y construcción del mundo social. Barranquilla. Editorial Universidad del Norte.

Anda, R., Felitti, V, Bremner, J., Walker, J. , Whitfield, C. y Perry, B. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256, 174–186.

Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. y Skouteris, H. (2019). Revisión sistemática de modelos de atención informados sobre el trauma en toda la organización en entornos de atención fuera del hogar (Oo HC). *Atención sanitaria y social en la comunidad*, 27 (3), e10-e22. <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Biblioteca del Congreso Nacional, Ley 21.430 (2022). Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y adolescencia. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (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>
- Blanco, M. (2011). "El Enfoque del Curso de Vida: Orígenes y Desarrollo". *Revista Latinoamericana de Población* (en línea).201, 5 (enero a junio). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>
- 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.
- Bravo, A., Águila-Otero, A., Pérez-García, S., & Del Valle, J. F. (2021). Acogimiento residencial terapéutico en España.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- 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>.
- Camacho, H. (2022). El debilitamiento del vínculo afectivo con el grupo de pares de las y los adolescentes institucionalizados en recursos de acogimiento residencial. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (77), 51-63. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8602724>
- 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.
- Cohen, J., & Mannarino, A. (2017). Evidence based intervention: Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. In D. M. Teti (Ed.), *Parenting and family processes in child maltreatment and intervention* p.91–105. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40920-7_6
- Consejo Nacional de la Infancia. (2016). Política Nacional de Niñez y Adolescencia, Sistema Integral de Garantías de Derechos de La Niñez y Adolescencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Recuperado de: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-yhttp://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdfAdolescencia.pdf>
- 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>
- De Santiago, G., Hernández, I., López, J. & González, L. (2021). Problemas personales y sociales de los adolescentes institucionalizados. Realidades: Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León, 11(1), 39-61. Recuperado de: <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/133>
- De Vera Encinas, A. (2022). Trabajo social informado por el trauma.
- Di Lorio, J. y Seidmann, S. (2012). ¿Por qué encerrados? Saberes y prácticas de niños y niñas institucionalizados. *Revista Teoría y crítica de la psicología* 2, 86–102 (2012). ISSN: 2116-3480. Universidad de Buenos Aires.
- Felitti, V. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanent journal*, 6(1), 44–47
- Ferrer, M. S. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral*, 7, 39. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi01/07/n1-049e1-5_Reg-bases.pdf
- 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
- Finkelhor, D; Ormrod, R. y Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría* vol.86 N°6 Santiago dic. 2015, pp. 436-443. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Grant, K. (2011). The importance of understanding attachment and resilience in residential child care: An argument against risk-averse practice. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 10(1). Recuperado de: https://www.celcis.org/files/5814/4041/4465/2011_Vol_10_1_Grant_importance_of_understanding_attachment.pdf.
- Gómez, E. (2013). Trauma relacional temprano. Hijos de personas afectadas por traumatización de origen político. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Chile.
- González-Araya, J., Rojas-Jara, C., Cornejo-Araya, C., & Valenzuela-Stuardo, C. (2023). Cuando el pasado nubla al presente: Una revisión sobre trastornos mentales en adolescentes expuestos a experiencias adversas en la infancia. *Veritas & Research*, 5(1), 38-57.
- Güemes-Hidalgo, M.; Ceñal, M. e Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* 21(4),233-244. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/319092625_Development_during_the_adolescence_Physical_psychological_and_social
- Holden, M., Turnbull, A., Høleden, 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/>

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

Marchant, M. (2015). El libro de vida: un lugar para la memoria. Editorial Alberto Hurtado.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024). Informe de cuidados. Observatorio social. Recuperado de: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf

Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. (2017). Resultados 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017. Disponible en: http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo? Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

Ministerio de Salud (2023). Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>

Mitchell, J. Tucci, J. & Tronick, E. (2020). *The Handbook of Therapeutic Care for Children*. Published by Jessica Kingsley Publishers and Philadelphia, PA 19106, USA.

Morales, C. (2019). *Separación y revinculación familiar: el lugar de los vínculos en residencias de protección* (Doctoral dissertation, Programa de Estudios Interdisciplinarios en Infancias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile).

Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9/ 17, pp. 83-96. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80122596007.pdf>

Moretti, M. y Torrecilla, N. (2019). Desarrollo en las infancias institucionalizadas y en familias de acogida temporal: Una revisión bibliográfica Interdisciplinaria, vol. 36, núm. 2, pp. 263-281, 2019. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/180/18060566017/html/>

Munisamy, Y., & Elze, D. E. (2020). Trauma-informed social work practice with children and youth. *Mental health and social work*, 283-310.

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>

Organización de Naciones Unidas, ONU. (2011). Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Recuperado de: <https://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-13-derecho-nino-no-ser-objeto-ninguna-forma-de-violencia-2011.pdf>

Organización de Naciones Unidas (2010). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064>

Organización de Naciones Unidas (2006). Observación General No. 8. El derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes. Recuperado de: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/OG8.pdf>

Organización de Naciones Unidas (2005). Observación General No. 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Comité de los Derechos Niño, 40º período de sesiones de 2005. Recuperado de: <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-7-realizacion-derechos-nino-primer-infancia-2005.pdf>

Pinheiro, S. (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. Recuperado de: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/56250/1/Inf_Mundial_Violencia.pdf

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

RELAF (2015). Acogimiento Familiar. Guía de estándares para las prácticas. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/278379566/Acogimiento-familiar-Guia-de-estandares-para-las-practicas-pdf>

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

Saracostti, M.; Caro, P.; Grau, M., Kinkad, A. y Vatter, N. (2015). El derecho de participación en la niñez: alcances y desafíos para la investigación social. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 62, p. 211-244. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357539626008.pdf>

Save The Children. (2013). Reaching for home: Global learning on family reintegration in low and lower-middle income countries. Recuperado de: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/reaching-home-global-learning-family-reintegration-low-and-lower-middle-income-countries/>

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) p. 72-53. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229410>

Serapio, A. (2006). Realidad Psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud*, 73, 11-23.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (2022). Documento de apoyo para la intervención familiar. División de Servicio y Prestaciones, Departamento de Diseño y Evaluación, Unidad de Diseño. Disponible en:

https://www.mejorninez.cl/concursos/files/cp-04_15-09-2022/Anexo-14%20Documento-de-apoyo-para-la-intervencion-familiar.pdf

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (2023). Orientaciones Técnica Programa Diagnóstico Clínico Especializado. División de Servicio y Prestaciones, Departamento de Diseño y Evaluación, Unidad de Diseño. Disponible en: https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/ot/2023/REX-631_2023-APRUEBA-OOTT-PROG-DCE.pdf

Servicio Nacional de la Discapacidad (2023). III Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile.

Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2001). The Relational Trauma of Incest; A family-based Approach to Treatment. The Guilford Press. USA.

Sheinberg, M. & True, F. (2008). Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue. Family process. 47. 173-95. 10.1111/j.1545-5300.2008.00247.x.

Stern, D. (2004). El Momento Presente en Psicoterapia y en la Vida Cotidiana. Editorial Norton.

Subsecretaría de Prevención del Delito (2018). Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niñas, Niños y Adolescentes. Presentación de Resultados. Recuperado de: <https://justiciaysociedad.uc.cl/wp-content/uploads/2023/02/PPT-Primera-Encuesta-de-Polivictimizacion.pdf>

Teipel, K. (2020). Resumen de investigaciones sobre desarrollo adolescente del Centro de Recursos de Salud para Adolescentes del Estado, Universidad de Minnesota. Adaptación al español por el Título V/Programa de Salud Materna e Infantil del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Colorado. Recuperado de: https://sahrc.umn.edu/sites/sahrc.umn.edu/files/2022-01/Spanish-AdolDevel-Middle%20%28updJan2022%29_0.pdf

UNICEF (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html

UNICEF. (2017). Para Cada Adolescente una Oportunidad. Posicionamiento sobre Adolescencia. UNICEF Argentina. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/1396/file/Posicionamiento%20adolescentes.pdf>

UNICEF (2021). Adolescentes. Características ¿Qué cambios y conductas son esperables en la adolescencia? UNICEF Uruguay. Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20%20Caracter%20de%20la%20adolescencia.pdf>

UNICEF (2021b). Violencia contra la niñez y adolescencia. Estudio de conocimientos y actitudes y prácticas: Principales resultados, 2020 – 2021. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/8366/file/cartilla%20CAP.pdf>

UNICEF (2021c): Guía metodológica para realizar consultas a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial. Recuperado de: https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2021/07/UNICEF_Guia_metod_VocesCambio_af_web-1.pdf

UNICEF (2022): Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes, Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/7051/file/metodologia.pdf>

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. s/p

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

Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. Enfermería universitaria, 14(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>

Verdugo, M., et al. (2021). Escala SIS-C de Evaluación de las Necesidades de Apoyo para niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

White, M. & Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines Terapéuticos. Ed. Gedisa. España.

White, M. (2016). Mapas de la práctica narrativa. Santiago, Chile: PRANAS Ediciones.

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>.

XI. ANEXOS

Anexo N° 1 Formato de Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación

Anexo N° 2 Formato de Informe de Avance

Anexo N° 3 Formato de Informe de Egreso

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE APRENDIZAJE PARA LA CO-REGULACIÓN[25]

Nombre del/la adolescente: _____

Aspectos básicos que considerar para la co-regulación: advertencias o preocupaciones ligadas al ámbito médico (problemas físicos y/o medicación), historia de abuso sexual, diagnóstico y tratamiento de salud mental, consumo de sustancias, entre otros:

A consignar: en este apartado se deben recopilar antecedentes relevantes de manejar del/la adolescente que aporten en el aprendizaje para el manejo de su co-regulación, las que pueden ser brindadas por la familia, otros actores relevantes de su entorno comunitario, intersector, otros/as profesionales que puedan aportar datos de su historia.

Detonantes potenciales que se conocen en la interacción cotidiana con los/las adolescentes: ámbitos que le generan estrés, como pueden ser gatillantes personales, familiares, sociales, entre otros:

A consignar: situaciones que le provocan estrés en el funcionamiento cotidiano y que podrían contribuir a un aumento de la ansiedad y del comportamiento basado en el dolor, como:

Gatillantes personales: Fracasos escolares, presión académica, fechas relevantes (día de la madre, padre, fiestas patrias, fiestas de fin de año), efemérides (fechas de celebración de cumpleaños, fechas de hitos familiares, etc.), que le desafíen por lucha de poder con adultos/as.

Gatillantes familiares: Que se le consulte o recuerde sobre miembros de la familia con la cual ha tenido un quiebre, incumplimientos de compromisos por parte de algún familiar, entre otros.

Gatillantes sociales: Dificultad en interacciones o relaciones con pares, situaciones de acoso (burlas, bullying hacia el/ella), falta de sentido de pertenencia con otros/otras adolescentes.

Agregar en este ámbito la importancia que tiene la información que puedan proporcionar el/la adolescente y su familia, a través de preguntas como: ¿Qué cosas le molestan? ¿Qué le ayuda a calmarse cuando está ansioso/a? ¿Cómo podemos ayudarlo a manejar el estrés?

Riesgo de escalamiento observados en la interacción cotidiana traducidos en comportamientos como pegar, morder, autolesionarse, tirar objetos, romper objetos, gritar, pelear, entre otros:

A consignar: situaciones en que se observen actitudes más violentas debido a situaciones estresores, las que pueden ser atentando hacia otros/as, objetos, u hacia si mismo/a

Intervenciones específicas realizadas ante la aparición de comportamientos basados en el dolor:

· **Detonante:** mencionar acciones realizadas ante situaciones en que se observan como posibles gatillantes. Por ejemplo: Si se frustra con las tareas escolares, ofrecer ayuda para que vuelva a su foco y elogiarlo por los pequeños pasos que da en el proceso de su tarea.

· **Conducta:** mencionar la conducta de riesgo del/la adolescente, así como el actuar del/la cuidador/a terapéutico para atenuar la escalada. Por ejemplo: Si el/la adolescente empieza a amenazar a los demás, a lanzar objetos o a tirar los muebles, validar sus sentimientos ("veo que estás enojado/a") y ofrecerle hablar o a dar un paseo.

· **Acciones del equipo:** mencionar el despliegue necesario del resto del equipo ante la intervención. Por ejemplo: Si parece que el/la adolescente, a pesar de ofrecérsele otro espacio para conversar, se sigue agitando y está a punto de golpear o empujar a un compañero/a, los miembros del equipo pueden retirar los/las demás adolescentes de la habitación. El equipo debe velar por brindarle espacio personal, evitar cualquier movimiento brusco y comportamiento no verbal amenazante.

· **Quien intervino, que hizo:** Miembro del equipo asignado a cargo de intervenir en la situación y acciones realizadas.

· **Resultados:** mencionar efectos en el/la adolescente a partir de la ejecución de las estrategias aplicadas. Por ejemplo: el/la adolescente logra calmarse luego de tener su espacio acompañado del cuidador/a terapéutico y retorna a sus actividades cotidianas.

Estrategias de intervención que han sido efectivas ante la aparición de comportamientos basados en el dolor (análisis del equipo asignado):

Consignar aquellas estrategias consideradas optimas con el/la adolescente, luego de situaciones de abordaje de comportamiento basados en el dolor, las que deben ser revisadas en instancias de reuniones de equipo, así como espacios de supervisión. Lo esperable es que se registren las respuestas de intervención brindadas al/la adolescente y las reflexiones de éstas en torno a lo revisado en equipo, siendo estas una oportunidad positiva de aprendizaje para mejorar la capacidad del equipo asignado para prevenir situaciones de escalamiento.

Espacio de reflexión conjunta con el/la adolescente (espacios de aprendizaje) aprendizajes del cuidador/a terapéutico, del/la adolescente, respecto de los detonantes, conductas ante aquello, resultados efectivos, otras posibilidades de éxito, y alternativas de como poder regularse en el futuro.

-
Consignar reflexiones emanadas de sesión especial a realizar con el/la adolescente posterior a la situación de desajuste, a modo de poder explorar análisis posteriores, aprendizajes conjuntos del cuidador/a terapéutico y el/la adolescente.

Contactos de emergencia (referente de salud, padres o familiares, cuidador/a terapéutico o profesional con el que tiene vinculación, etc.):

Fecha de elaboración inicial: ¿Por quién?

Fecha de eventos ocurridos: Encargado del registro

ANEXO 2: FORMATO DE INFORME DE AVANCE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN UNIFICADO

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

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 NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

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

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

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

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

Ámbito: Niños, niñas o adolescentes	1 Informe	2 Informe	3 Informe	4 Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2				
Objetivo 3 +				

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

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

IV. CONCLUSIÓN

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

Fecha del informe

Identificación y firma de los/las profesionales informantes.

ANEXO 3: FORMATO DE INFORME DE EGRESO

Identificación programa

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 NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y DEL ADULTO A CARGO DEL CUIDADO

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE				
Nombre y apellidos				
Fecha de nacimiento		Edad		Cédula de identidad
Nacionalidad				
Escolaridad			Establecimiento	

Fecha de Ingreso a la modalidad					Motivo de derivación	
RIT		Tribunal derivante		N° de informes de avance remitidos.		
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 (DCE) en las cuatro dimensiones evaluadas al ingreso: situación de violencia, situación del niño, niña o adolescente, situación de la familia y situación del contexto.

Dimensiones	Al ingreso (DCE)	Al egreso
Situación de violencia		Interrupción o no de la situación de violencia que informó el DCE. Factores de riesgo de recurrencia de la violencia abordados en la intervención con el niño, niña o adolescente, la familia y en el contexto. y sus resultados. Factores protectores de la violencia desarrollados por el niño, niña o adolescente, la familia y en el contexto.
Situación del niño, niña o adolescente		- Satisfacción de necesidades en el contexto familiar de egreso. - Superación del impacto biopsicosocial de la violencia. - Superación del impacto de la separación familiar en niños, niñas y adolescentes ingresados/as a cuidado alternativo. - Habilidades de la vida diaria desarrolladas por adolescentes.
Situación de la familia		- Satisfacción de necesidades del niño, niña o 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. - Niño, niña o adolescente mantiene vínculo con la familia, aunque no hubo reunificación familiar.
Situación del contexto		- Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales al niño, niña o adolescente. Cuáles 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. Cuáles se activaron y cuales recibe. - Aumento de redes comunitarias informales del niño, niña o adolescente. Cuáles. - Aumento de redes comunitarias informales de la familia. Cuáles. - Aumento de redes comunitarias formales del niño, niña o adolescente. Cuáles. - Aumento de redes comunitarias formales de la familia. Cuáles.

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 niño, niña o adolescente del Programa.

- [1] 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.
- [2] La definición de cuidador/a terapéutico se basa en Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024 y Holden, 2023.
- [3] Para mayor información revisar Diagnóstico Nacional de Participación de niños, niñas, adolescentes y familias, 2022. Unidad de Participación. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.
- [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] Para mayor detalle revisar Reglamento sobre el procedimiento para la asignación de cupos en proyectos de programas de protección especializada del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1168750>
- [6] 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.
- [7] La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad considera como Persona con Discapacidad a todo/a aquél/ella 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).
- [8] En caso de ser una instrucción verbal emanada de la autoridad judicial, el proyecto debe formalizarla en un plazo no superior a 24 horas.
- [9] El objetivo de trabajo familiar será abordado de manera colaborativa y complementaria por el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.
- [10] Para el desarrollo de este ámbito, deberá considerarse, también, el documento denominado "Enfoques Transversales", específicamente el apartado IV referido a Gestión de Redes, en el cual se entrega un marco conceptual y además se expone una diversidad de servicios y prestaciones que entrega el Inter sector, los cuales tendrán que ser gestionados por el equipo con la finalidad de que los niños y las niñas accedan de manera oportuna, según sus características y necesidades particulares.
- [11] Se entenderá por redes intersectoriales aquellos organismos institucionales públicos que otorgan prestaciones sociales a la ciudadanía. En tanto, las redes comunitarias refieren a las organizaciones de base tanto formales como informales presentes en cada territorio.
- [12] 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.
- [13] La familia de origen es aquella con la que el niño o niña vivía antes del ingreso a cuidado alternativo, los/las adultos con los que ha estado viviendo el mayor tiempo de su vida (RELAF, 2015)
- [14] Para más información se sugiere revisar la Orientación Técnica de Diagnóstico Clínico Especializado disponible en la página web del Servicio, disponible en <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/1583:Resolucion-Exenta-N-631>
- [15] En la medida en que los/as adolescentes y sus familias se van involucrando en sus procesos de intervención, los niveles de participación se irán incrementando.
- [16] 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.
- [17] Para mayor detalle revisar el Decreto N° 14 que Aprueba el Reglamento que Regula los Mecanismos 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.mejorinez.cl/descargas/doc-MN/Decreto-14_27-DIC-2021.pdf
- [18] Para obtener mayor detalle del desarrollo de estas técnicas consultar: UNICEF (2021): Guía metodológica para realizar consultas a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial, disponible en: https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2021/07/UNICEF_Guia_metod_VocesCambio_af_web-1.pdf , y UNICEF (2022): Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes, disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/7051/file/metodologia.pdf>
- [19] De acuerdo con lo establecido en la Ley 20.422 (2010), la cual "Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad" y la Ley 21.545 (2023), que "Establece la Promoción de la Inclusión, la Atención Integral, y la Protección de los Derechos de las Personas con Trastornos del Espectro Autista en el Ámbito Social, de Salud y Educación".
- [20] Para el abordaje con niños y niñas 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" aprobado por la Resolución Exenta N°605, de 05 de junio de 2023, y tener a la vista los siguientes documentos:
1. Resolución Exenta 186, de 21 de marzo de 2022, sobre gestión de casos de NNA extranjeros sujetos de atención del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Disponible en: https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-1541_recurso_pdf.pdf
 2. Resolución Exenta N°148, de 29 de enero de 2024, que "Aprueba protocolo compra de pasajes para la reunificación familiar de niños, niñas o adolescentes en el extranjero.
 3. Protocolo para la protección de NNA no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/6636/file/protocolo%20migrante.pdf>
 4. Protocolo intersectorial de atención a víctimas de trata de personas. Disponible en: <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/media/2015/07/MITP-Protocolo-Intersectorial-de-Atenci%C3%B3n-de-V%C3%ADctimas-de-Trata-de-Personas.pdf>
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] En territorios donde se ejecuta la presente modalidad y exista dificultad para la contratación de este profesional, se podrá contratar otro profesional que tenga las competencias para desarrollar las actividades que exige este rol en la presente Base Técnica.
- [24] 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 a una situación. Esas posibilidades aparecen en el propio diálogo.
- [25] Documento elaborado por el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia (2024) en base a los aportes del instrumento: "Individual crisis support plan (ICSP)", elaborado por Martha J. Holden, Con los instructores de TCI Residential Child Care Project, Facultad de Ecología Humana, Cornell University.

2°. PUBLÍQUESE la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para adolescencia temprana ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, de la línea Cuidado Alternativo, en la página web institucional.

3°. DÉJESE SIN EFECTO la resolución exenta N°1440, de fecha 16 de diciembre de 2024, 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 Temprana, ejecutadas por equipos de colaboradores acreditados 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 que se deja sin efecto, continuará vigente y aplicable respecto de los concursos públicos y convenios que se rigieron por aquella.



CLAUDIO ALFONSO CASTILLO CASTILLO
Director Nacional

XPJ/GWC/PSA/AMC/MMC/AGV/MPN

DISTRIBUCIÓN:

1. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
2. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ARICA
3. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - TARAPACÁ
4. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
5. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ATACAMA
6. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - COQUIMBO
7. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - VALPARAÍSO
8. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - METROPOLITANA
9. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - MAULE
10. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ÑUBLE
11. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - BIOBIO
12. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LA ARAUCANÍA
13. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS RÍOS
14. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS LAGOS
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 SERVICIOS Y PRESTACIONES
18. FISCALÍA
19. OFICINA DE PARTES



Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
<https://ceropapel.servicioproteccion.gob.cl/validar/?key=22733202&hash=64358>