

del Dicho

al Derecho

Estándares de calidad para residencias de
protección de niños y adolescentes



solidaridad en acción

del Dicho

al Derecho

Estándares de calidad para residencias de
protección de niños y adolescentes

DEL DICHO AL DERECHO:

Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes

Edición de textos: Gabriela Andrade Berisso y Carolina Illino González

Diagramación: Daniel Kameid Zapata ww.dekaz.cl

Foto portada: Jean Gerber en Unsplash

Fotografía interior: Alejandro Maltés Zárata www.agenciablackout.com

Impreso en Santiago de Chile por Grafhika www.grafhika.cl

En la impresión de este libro fue utilizado papel bond ahuesado de 80 gramos para el interior y papel couché opaco 350 gramos.

Los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente.

Cita recomendada:

Hogar de Cristo (2017). Del dicho al derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.

Esta publicación hablará de jóvenes y adolescentes indistintamente para referirse a personas entre 12 y 25 años de género masculino y femenino. Hemos omitido la distinción de género para salvaguardar el principio de economía del lenguaje, de modo de hacer más fácil la redacción y lectura de los textos. Esto implica que, en los casos que ameritan, se ha utilizado el género masculino como genérico, representando a hombres y mujeres por igual, tal como lo permite la lengua española.

Todas las fotos cuentan con autorización para su reproducción.



Este trabajo está licenciado bajo la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Investigadoras Principales

Claudine Litvak Cooper

Carola Salas Miño

Investigadores Asociados

Felipe Expósito Reyes

Felipe Gatica Castillo

Benjamín Sánchez Cobo

Cate Robinson

Carolina Velasco Hodgson

Revisores

Paulo Egenau Pérez

Rodrigo Hoyos Mancilla

RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a todos los niños, adolescentes, familias y egresados de las residencias de la Fundación Hogar de Cristo, para quienes este libro está dedicado. Nos contaron de su experiencia de modo abierto y sincero, siendo estos relatos cimientos fundamentales para esta investigación. También agradecer a los trabajadores de las residencias que participaron de este proceso, que día a día trabajan con dedicación y esfuerzo en condiciones que muchas veces son adversas, pero dando lo mejor de sí.

Queremos agradecer a todos nuestros compañeros de la Dirección Social Nacional. Han estado dispuestos a contribuir con esta investigación en todo momento, aportando con su trabajo y experiencia: Silvana Lorenzini, Santiago Arellano, Angélica Barrera, Claudia Covarrubias, Consuelo Laso, Miguel Torres, William Campos y Sebastián Ovies. Muchas gracias por todo.

Conjuntamente, nos gustaría agradecer a la Dirección de Operaciones Sociales, especialmente a Francisco Parra por ayudar a gestionar y apoyar en el trabajo de campo, además de facilitar todo tipo de información requerida.

A su vez es necesario agradecer al Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) por colaborar en el desarrollo del modelo técnico expuesto en este libro, mostrando interés desde el primer momento en avanzar hacia la mejora de estándares.

Además, queremos dar un especial reconocimiento a Manuela García y Carolina Muñoz, quienes colaboraron con la revisión de las recomendaciones de estándares mínimos en una etapa previa a ser calificadas. Asimismo, agradecer a todos aquellos expertos que participaron de la metodología RAM, quienes aportaron desinteresadamente calificando cada una de las recomendaciones y luego asistiendo a las jornadas presenciales de discusión.

ÍNDICE

Prólogo	7
Capítulo 1: Antecedentes.....	13
1.1 Desarrollo en contextos de pobreza y exclusión social	15
1.2 Residencias en el contexto internacional.....	22
1.3 El sistema residencial en Chile	24
1.4 Chile en un punto de inflexión	28
1.5 Recomendaciones Internacionales	31
1.6 Cambios legislativos en Chile	34
1.7 Residencias de Protección de la Fundación Hogar de Cristo	37
Capítulo 2: Metodología de investigación	41
2.1 Metodología del estudio cualitativo de las residencias del Hogar de Cristo	43
2.2 Metodología del estudio cuantitativo de las residencias del Hogar de Cristo.....	51
2.3 Metodología de la revisión de la literatura	54
2.4 Metodología de consenso RAM	64
Capítulo 3: Resultados de la investigación.....	75
3.1 Resultados del estudio cuantitativo en residencias Hogar de Cristo	77
3.2 Resultados del estudio cualitativo en residencias del Hogar de Cristo	87
3.3 Estado del arte de la literatura internacional.....	110
3.4 Resultados de la evaluación del panel de expertos	133
3.5 Propuesta de 90 recomendaciones de estándares para un nuevo modelo de residencias	146
Capítulo 4: Propuesta de modelo técnico para residencias.....	167
4.1 Objetivos y resultados esperados del nuevo modelo	170
4.2 Principales componentes del modelo técnico	171
4.3 Cumplimiento de los estándares internacionales	181
4.4 Evaluación de resultados e impacto	183
4.5 Enfoques teóricos que sustentan el modelo técnico	183
4.6 Costos del proyecto piloto	200
Capítulo 5: Palabras finales.....	207
Anexo 1.....	213
Referencias Bibliográficas.....	219

PRÓLOGO

Nacer y crecer en pobreza es un problema de derechos humanos urgente, representa una experiencia adversa que afecta a las personas, las expone a procesos biológicos, psicológicos y sociales que actúan durante la gestación, la infancia y la adolescencia, limitando las posibilidades de desarrollo de su potencial humano. Los niños que nacen en pobreza se ven regularmente expuestos a la denegación de su dignidad e igualdad.

La pobreza no es sólo una cuestión de recursos económicos, es un fenómeno multidimensional que considera tanto la falta de ingresos como la privación continua o crónica de las condiciones básicas para el desarrollo de capacidades. La pobreza se expresa de múltiples formas y tiene diversas consecuencias: problemas de salud (física y mental), exclusión escolar, precariedad laboral, discriminación y estigma, exposición a riesgos, mala calidad de viviendas, segregación territorial, precario acceso a la salud, estrés, inseguridad, ansiedad. Hoy nadie discute el hecho de que las condiciones sociales son causas fundamentales de las desigualdades en las oportunidades de desarrollo de niños y jóvenes. Las personas de estatus socioeconómicos más altos disfrutan de una amplia gama de recursos —dinero, conocimientos, prestigio, poder, redes y condiciones sociales beneficiosas— que utilizan para su ventaja en el desarrollo. Estos recursos son importantes al menos de dos formas: primero, directamente moldean los hábitos de los individuos al influir en conductas promotoras de la salud y del autocuidado. Segundo, los recursos influyen en el acceso a contextos como vecindarios, ocupaciones y redes sociales que varían dramáticamente en su asociación con perfiles de riesgo y factores protectores. Este fenómeno ha sido denominado “la causa de las causas”, argumentando que las circunstancias sociales afectan la vida a través de su influencia sobre conductas relacionadas con riesgos psicosociales que impactan negativamente en distintos ámbitos del desarrollo. Es importante clarificar la distinción conceptual y práctica

entre las causas sociales de los problemas en el desarrollo y los factores sociales que determinan la distribución de esas causas entre grupos más pobres y excluidos.

Niños viviendo en situación de pobreza se ven particularmente afectados por —y desproporcionadamente expuestos a— experiencias adversas. Sabemos que las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia son altamente inhabilitantes: los niños y jóvenes afectados por abuso sexual, victimización y violencia intrafamiliar, abandono temprano, negligencia y abuso infantil, violencia racial, encarcelamiento inhumano y otras formas de violencia extrema presentan una mayor incidencia de problemas en la vida. Lamentablemente, a pesar de la evidencia acumulada por décadas, se ha requerido de la exposición pública de experiencias de extrema violencia social y horrores vividos por muchos niños y jóvenes derivados al sistema especializado de cuidado residencial, para que el Estado, la comunidad de especialistas y la sociedad en general, comenzara a visibilizar seriamente estos eventos como “experiencias que causan reacciones extremas de estrés (físicas y/o psicológicas)... y que tienen efectos adversos y perdurables en el bienestar físico, social, emocional o espiritual de la persona” (SAMHSA, 2012, p. 2).

La creciente evidencia del grado de extensión de la exposición acumulativa a violencia, contrastada con la exposición a episodios únicos de maltrato o violencia ha llevado a los investigadores a postular que la victimización de la infancia en la pobreza es más una “condición” que un “evento” (Finkelhor et al., 2011). Es una condición, en tanto la experiencia adversa forma parte de la vida cotidiana y está presente en la mayoría de los escenarios en que se desarrolla la vida, desde los más íntimos (familia, pares) hasta los más públicos (barrio, colegio). Hay consenso internacional en que el desarrollo temprano en un contexto de “seguridad básica” es crucial para el alcance de una adultez plena. Por el contrario, sabemos que muchos problemas y trastornos en la adultez han sido “construidos” durante períodos críticos del crecimiento y desarrollo en la infancia y adolescencia, evidenciando una prolongada exposición a ambientes física y psicológicamente dañinos. Las experiencias adversas en la infancia tienen un efecto inmediato en la salud y también proveen

las bases para posteriores problemas durante la adultez. A pesar de esto, es importante tener en cuenta que las experiencias adversas en la infancia son factores de riesgo potencialmente modificables y que el intervenir con ese propósito tiene consecuencias positivas de alto impacto en la vida de las personas.

El proceso de cuidado y acompañamiento residencial para los niños y jóvenes que lo requieren es delicado y de alta especialización. Es fundamental comprender que estos sistemas tienen la responsabilidad de la protección de este grupo (impidiendo que sigan siendo victimizados y abusados en cualquiera de sus formas) además de reparar historias de trauma y sus efectos adversos. También están obligados a promover en ellos un sano desarrollo de sus potencialidades (y no sólo un simple cambio conductual), garantizando que los servicios otorgados sean los necesarios y adecuados para que este objetivo se cumpla. La promoción y protección de derechos es un fenómeno social, que requiere complejas formas de política intersectorial, vinculadas a una más amplia agenda de justicia social.

Hacia fines del año 2015, y producto de su insatisfacción con los servicios prestados en los programas bajo su responsabilidad, el Hogar de Cristo inicia un proceso de reflexión con el propósito de actualizar su modelo técnico, garantizando que éste incorpore la más reciente evidencia científica y las mejores prácticas internacionales consensuadas. Esta publicación es el resultado de este proceso.

El texto cuenta con cuatro capítulos. El primero entrega antecedentes para contextualizar la situación que viven los jóvenes en cuidado residencial en nuestro país, entendiendo que esta población nace y crece en situación de pobreza y exclusión social. Además, reflexiona sobre el estado actual del sistema de protección residencial especializado en Chile y el mundo. Este apartado concluye con una breve historia de las residencias de protección gestionadas por la Fundación Hogar de Cristo.

El segundo capítulo explica la metodología de la investigación llevada a cabo, la cual consistió en un estudio cuantitativo y cualitativo de las ocho residencias que actualmente gestiona el Hogar de Cristo.

Adicionalmente, este capítulo entrega información respecto de la revisión de literatura realizada, para recabar evidencia internacional acerca de los modelos residenciales y estándares de intervención más efectivos en términos de resultados. Se da cuenta también de la metodología de consenso RAM, que permitió sugerir 90 recomendaciones para mejorar las residencias de protección en Chile, en términos de política pública, infraestructura, equipo, gestión de la residencia, intervención con jóvenes, intervención con familia, intervención con egresados y comunidad.

En el tercer capítulo se muestran los resultados del proceso investigativo, entregando una caracterización de los jóvenes en residencias, junto con identificar los nudos críticos del funcionamiento de los programas desde las voces de los jóvenes, egresados, familiares y trabajadores. Además, se dan a conocer las principales conclusiones de la revisión bibliográfica y las jornadas de revisión del grupo de expertos.

Finalmente, el capítulo cuatro propone los principales lineamientos para un modelo técnico de residencia de protección especializada para jóvenes entre 12 y 21 años, detallando sus principales componentes y costos asociados. Este modelo busca mejorar la calidad de vida e insertar socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos, con necesidades múltiples y complejas, a través de un tratamiento combinado multidimensional.

Con esta publicación, el Hogar de Cristo busca contribuir a que realicemos un cambio de paradigma en el cuidado de los niños y adolescentes en cuidado residencial, avanzando en la construcción de una sociedad más digna y justa para todos, en especial de aquellos que desde sus historias de pobreza y abandono, demandan el derecho a vivir protegidos, en espacios para participar efectivamente, con acceso oportuno y de calidad a los servicios y a los ambientes que propicien su desarrollo, potencien sus capacidades y garanticen su bienestar subjetivo.

Finalmente, esta investigación no sólo aporta lineamientos para un modelo de residencias especializadas de protección en base

a estándares de calidad, también propone una forma de hacer las cosas, por medio de evidencia, consenso, participación y rigurosidad, elementos fundamentales en la implementación de políticas destinadas a la protección y promoción de los derechos humanos de todos.

Paulo Egenau Pérez
Director Social Nacional
Fundación Hogar de Cristo



1. ANTECEDENTES

Nacer y crecer en pobreza representa una grave vulneración de los derechos humanos. Hoy existe consenso mundial desde los organismos internacionales, en que el no cumplimiento por parte del Estado de ciertas garantías mínimas, en las áreas de salud, de educación y de vivienda, constituye un grave atentado contra la dignidad humana (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2012). La situación de pobreza y exclusión social representa una experiencia adversa que restringe y daña el desarrollo de las personas y especialmente el de niños y adolescentes, pues afecta los distintos niveles de relación en los que se mueven, debilitando su bienestar y también la cohesión social.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en su informe sobre el Estado Mundial de la Infancia del año 2006, considera que un niño o adolescente se encuentra en situación de pobreza y exclusión social cuando no se beneficia de un contexto de protección frente a la violencia, los malos tratos o la explotación; o también cuando no tiene posibilidades de acceder a bienes y servicios considerados esenciales para su desarrollo, tales como el acceso a la salud, a la educación o a una vivienda digna. De hecho, las mismas instituciones públicas o privadas, la sociedad civil, los medios de comunicación, las familias o sus pares, pueden ser factores excluyentes en un momento dado (Luengo, 2008).

Relacionado a esto, Lister (2004) afirma que desarrollarse en pobreza está ligado no sólo a la desventaja material, sino también a muchos aspectos que van más allá de la inseguridad económica. En este sentido, la pobreza se caracteriza por la falta de voz, la humillación, la reducción de la dignidad y la autoestima. Bajo esta perspectiva, es importante comprender las verdaderas dificultades que experimentan las personas que viven en la pobreza, especialmente los niños y adolescentes (Ridge y Saunders, 2009), incluso en términos de sus experiencias generales (Batty y Cole, 2010).

En este sentido hay que tener presente que la pobreza penetra profundamente en el corazón de la infancia, impregnando todas las facetas de la vida de los niños. Ellos vivencian diariamente las desventajas económicas y materiales, a través de la estructura y límites que el crecer en pobreza delimita, tanto en las relaciones, como en la participación social, hasta en los aspectos más personales, a menudo ocultos, de desventaja asociada con la vergüenza, la tristeza, el miedo y la marginación (Ridge, 2009).

Según la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen 2015), el 18,2% de los niños y adolescentes de 0 a 17 años en Chile se encuentran en situación de pobreza por ingresos, correspondiente a 800.000 personas. Aplicando la nueva metodología de medición de pobreza multidimensional, esta cifra aumenta a un 23,3%, lo que corresponde a casi 1.000.000 de niños y adolescentes. Bajo ambas metodologías de medición de pobreza, es posible apreciar que más de un tercio (34,4%) de la infancia en nuestro país vive al menos alguna una expresión de la pobreza, lo que corresponde a casi 1.500.000 de niños y adolescentes. De ellos hay al menos 300.000 que viven al mismo tiempo ambos tipos de pobreza, monetaria y multidimensional, lo que corresponde al 7,1% del total de esta población¹.

Pobreza, desde la mirada de multidimensionalidad, significa la presencia de una o más privaciones graves a la vez y si bien la existencia de una sola privación grave ya compromete en forma muy seria el desarrollo, la presencia de una constelación de múltiples privaciones alerta sobre una pérdida segura de las oportunidades de aprovechamiento de las potencialidades de niños y adolescentes y, en definitiva, perpetúa la reproducción intergeneracional de la pobreza (Cepal, 2013).

Los seres humanos están fuertemente motivados a sentirse incluidos por los demás y a establecer un sentido de pertenencia. Las dinámicas de pobreza y en especial las de exclusión social se transforman así, particularmente para el grupo de niños y adolescentes –para

¹Elaboración propia a partir de la base de datos de la encuesta Casen 2015. Este indicador considera a aquellas personas que padecen al menos uno de los siguientes tipos de pobreza: pobreza multidimensional, pobreza por ingresos, o ambas.

quienes pertenencia e identificación comienzan a ser relevantes en sus vidas—, en una situación angustiante y que puede tener severas implicaciones sociales y psicológicas (Cheng, 2006; Mechanic, 1993; Neale, Tompkins y Sheard, 2008; Patrick, Stein, Porta y Ricketts, 1988; Vladeck, 1981; Weisner y Schmidt, 1993), tales como:

- la imposición de limitaciones en su toma de decisiones y también a su concepto de libertad, por lo que su autonomía y oportunidades también quedan restringidas;
- ruptura de sus tejidos sociales, puesto que estas dinámicas de exclusión pueden restringir la posibilidad de relacionarse con distintos grupos humanos, privilegiando contextos sociales homogéneos;
- una disminución de su participación social al encontrarse en contextos poco empoderados;
- una merma en su confianza, reciprocidad y sentido de pertenencia, dado que éstas pueden imponer una percepción de aislamiento o abandono social;
- una restricción en el ejercicio de sus derechos sociales, como la educación, la salud, cultura, vivienda digna y protección social por no tenerlo reconocido por la comunidad a la que pertenece y de esa manera perder su estatus de ciudadanía;
- la imposición de estigma o etiquetas con una carga valórica negativa, que puede afectar la forma en la que es tratado y en definitiva su inclusión social;
- graves problemas en cuanto a su salud física y mental, al imponerles espacios insalubres, antiestéticos, violentos y peligrosos;
- una mala percepción de su calidad de vida al no dotar de espacios suficientes para el esparcimiento y desarrollo;
- una sensación de frustración cotidiana por la creencia de que las cosas pueden ocurrir independientemente de los esfuerzos que se realicen, lo que puede afectar su autoestima;
- una mala percepción de su seguridad al no contar con espacios resguardados.

Estas consecuencias pueden ser enfrentadas de múltiples formas, implicando incluso la resignificación de la vida. De esta manera, ciertos comportamientos de niños y adolescentes pueden ser también adaptativos, como un intento de supervivencia a un entorno adverso que impone barreras de manera cotidiana, lo que termina por afectar profundamente su desarrollo. Sobre esto existe, a nivel mundial, suficiente desarrollo teórico y evidencia acumulada desde diversos enfoques; por ejemplo, desde la perspectiva psicodinámica, el psiquiatra estadounidense Edward Khantzian, luego de analizar la alta comorbilidad entre el abuso de sustancias psicoactivas y los trastornos de salud mental planteó “La hipótesis de la automedicación”. Ésta postula que en determinados contextos una persona puede ser incapaz de tolerar ciertos estados negativos y encontraría en el consumo de drogas una forma externa para modificar sus emociones (Khantzian, 1974, 2007).

Otro ejemplo lo entregan los estudios realizados por Felitti (2009) y Anda et al. (1998), en la década de los 90 respecto a las consecuencias de las experiencias adversas o traumas vividos en la infancia sobre la salud de las personas cuando llegan a la adultez (destacan las tasas de suicidio, el consumo problemático de sustancias, las enfermedades crónicas, el cáncer, entre otras).

No es raro entonces que en estos contextos adversos los niños y adolescentes encuentren consuelo en la comida, las drogas legales e ilegales u otras conductas de riesgo y daño. Incluso puede que ellos no consideren que estos comportamientos sean problemas, ya que en gran parte les están sirviendo de escape de la depresión, la ansiedad, la ira, el miedo y la vergüenza, todas emociones que no desean enfrentar o que no saben cómo hacerlo.

Por otro lado, la situación de pobreza y exclusión social puede verse también como un proceso que violenta al ser humano e impide que despliegue sus capacidades de manera plena o en palabras de Galtung “la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales”, de modo que “cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es

evitable, existe violencia” (Galtung, 1995 en Martínez-Roman, 1997, p. 18). Esto finalmente se traduce en una suerte de anulación, tal como menciona Luengo (2008):

El excluido puede llegar a sentir que todo se acabó, que no merece la pena luchar, que todo está perdido, que es lo que hay... Y lo que hay, consecuentemente, es la injusticia social, es la extirpación de los derechos básicos y elementales, es la ausencia de dignidad. Lo que hay es no sólo el olvido y arrinconamiento. Es el maltrato por omisión, cuando no por acción inadecuada. Los problemas y las sensaciones de incapacidad para superar la exclusión se acumulan y terminan por crear un estado de indefensión que incita a la inmovilidad, siempre desde el dolor (Luengo, 2008, p. 96).

Junto con reconocer que nacer y crecer en situación de pobreza y exclusión social es una profunda violación de derechos humanos, resulta fundamental y urgente comenzar a desplegar acciones que permitan detener esa violación y de igual manera proteger y reparar sus efectos en el desarrollo de los niños y adolescentes que hoy la viven.

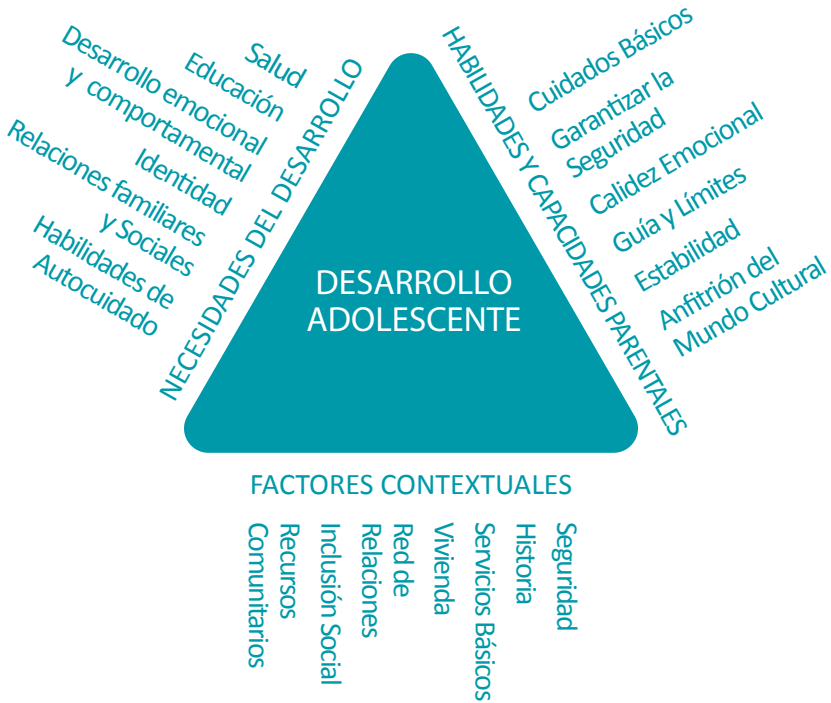
Las directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de los cuidados de los niños señalan que “la pobreza económica y material, o las condiciones imputables directa o exclusivamente a la pobreza, no deberían constituir nunca la única justificación para separar a un niño del cuidado de sus padres, para recibir a un niño en acogimiento alternativo o para impedir su reintegración en el medio familiar”. Sin embargo, estudios muestran que existe una alta asociación entre pobreza y el ingreso de los jóvenes al sistema de protección. Es decir los padres en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de ser investigados por los servicios de protección infantil (Fong, 2016; Yang, 2015). Esto perjudica sobre todo a las madres en pobreza, que experimentan mayores y múltiples desventajas (Marcenko, 2011; Wells y Safran, 2005). Adicionalmente, la pobreza está relacionada con una mayor permanencia bajo cuidado del Estado (Akin, Bryson, McDonald y Walker, 2011, 2012).

Los niños y adolescentes que egresan del sistema de protección están dentro de los grupos más excluidos de la sociedad. Tienen más probabilidad que otros jóvenes de llegar a la situación de calle, experimentar paternidad o maternidad adolescente, tener bajo desempeño académico, bajo nivel de participación en educación universitaria, tener conductas infractoras de ley y padecer problemas de salud mental (Stein, 2006; Gómez, Norton, Jones, Galán-Cisneros, 2015; Jones, 2015; Havlicek, 2011; McCoy, McMillen, Spitznagel, 2008; Mersky y Janczewki, 2013). Por lo mismo, la literatura recomienda crear servicios de soporte al egreso y acompañar a los jóvenes después de los 18 años de edad (Vacca, 2008; Geenen, 2007; Hines y Merdinger, 2005).

Como sociedad hemos diseñado un sistema que no resuelve el problema de la pobreza y la vulneración de derechos en su raíz y, peor aún, permitimos que la transgeneracionalidad del daño se exprese impunemente.

Creemos que es fundamental, para construir un sistema efectivo de protección y cuidados de derechos de la infancia y la adolescencia, reconocer las numerosas interacciones de una serie de sistemas sociales, tomando en consideración el contexto y el tiempo en el que se dan. Estos incluyen la red familiar inmediata y extendida de los niños y adolescentes, los pares, las instituciones formales como las escuelas, la comunidad local y la sociedad en su conjunto como se visualiza en la Figura 1. Las influencias y experiencias que resultan de las interacciones entre estos diferentes sistemas juegan un papel clave en la medida en que los niños y adolescentes podrán alcanzar su máximo potencial. Cuando estas interacciones se ven dificultadas puede tener efectos negativos duraderos en su bienestar, limitando también futuras oportunidades.

Figura 1: Principales aspectos relacionados con el desarrollo de niños y adolescentes.



Fuente: Adaptado de Pierson, 2009.

Sin embargo, pareciera que nuestra actual mirada sobre la infancia y la adolescencia y las estrategias de trabajo existentes sean éstas preventivas y/o reparatorias, no alcanzan a ver esta delicada interrelación, teniendo como consecuencia la patologización de este grupo, validando la representación social existente que los muestra como peligrosos y culpables, promoviendo su rechazo y exclusión. Esta imagen de “jóvenes problema” los presenta como depositarios de algo reprochable que requiere de intervención, lo que alimenta también el paradigma centrado en las carencias de las personas y aleja el enfoque de derechos. Los jóvenes por su parte, terminan problematizando los distintos sistemas, léase: sistema escolar, familiar, de salud, societal, porque éstos “no logran entenderlos”. A la larga, como coinciden varios autores, se cristaliza un profundo

sentimiento de descontento y desconfianza hacia los adultos (Lipovetsky, 2003; Giddens, 1994; Fukuyama, 1996; Brunner, 1998; Bauman, 2007; Touraine, 2005; Hopenhayn, 2007; Beck, 2013).

La situación de pobreza y de exclusión social, como ya lo hemos dicho, limita el pleno desarrollo de las capacidades, es decir de años de vida, de salud, de vivienda, de conocimientos, de participación social, de seguridad personal y de medio ambiente, todos elementos vitales cuando hablamos de esta etapa fundamental del ser humano. Por lo tanto, la pobreza puede ser vista como una privación material en relación con las necesidades de la vida, al mismo tiempo que es un fenómeno relacional que incluye elementos psicosociales (Pemberton et al., 2014), donde los aspectos psicosociales podrían definirse como “socialmente inducidos y de naturaleza relacional (...) y se refieren no sólo a los aspectos relacionales sino también a cómo las necesidades sociales están inherentemente conectadas al contexto más amplio de los sistemas e instituciones sociales, culturales y económicos” (Yongmie, 2010, p. 4).

Nos parece ésta una ineludible declaración de principios, como un ejercicio necesario en el marco de la generación de una nueva Ley de Garantías Universales de Derechos de la Niñez y la Adolescencia para nuestro país, que permita dar cumplimiento efectivo a la Convención sobre los Derechos del Niño. Es fundamental que se reconozca que la pobreza ha penetrado profundamente en el corazón de la infancia y ha impregnado todas las facetas de la vida de los niños y adolescentes y frente a ello se debe responder con la máxima urgencia, prioridad y efectividad.

1.2

RESIDENCIAS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

A nivel internacional, estudios demuestran que gran parte de los jóvenes en residencias han experimentado negligencia, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, violencia intrafamiliar, inestabilidad familiar o abandono (Bullard, Gaughen y Owens, 2005). A esto se

suma que la mayoría viene de contextos con múltiples desventajas: de familias en situación de pobreza y exclusión, con consumo problemático de alcohol y drogas, problemas de salud mental, entre otros (Akin et al., 2011, 2012). De igual manera, estos jóvenes han experimentado largas permanencias en el sistema de protección y numerosas derivaciones de programas (Jacobsen, 2013; Hyde y Kammerer, 2009; Ward, 2009). La evidencia asocia estos factores con mayores problemas de salud mental en los jóvenes, como estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, déficit atencional/hiperactividad, desórdenes disruptivos, autoagresión, ideación suicida, intentos de suicidio y desórdenes del ánimo (Armour y Schwab, 2007; Kendrick y Beinum, 2008); bajo desempeño académico y exclusión escolar; consumo problemático, entre otros (Hagaman, Trout, Chmelka, Thompson y Reid, 2010).

A lo largo de la historia, las residencias han jugado un papel importante en las políticas de protección de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. En la actualidad, la mayoría de los países desarrollados han eliminado los centros masivos –del estilo de los antiguos orfanatos–, y han introducido programas residenciales pequeños, en la línea de las directrices de las Naciones Unidas en torno a los cuidados alternativos.

Igualmente, existen diversos tipos de centros residenciales para esta población, que varían en cada país dependiendo de los énfasis de su política de infancia.

Así, por ejemplo, Estados Unidos contempla una oferta amplia, respondiendo a distintas necesidades: hogares grupales de base comunitaria, hospedajes de emergencia, centros residenciales de tratamiento, centros intensivos de tratamiento, centros de detención y tratamiento seguro, departamentos supervisados para la vida independiente, centros de diagnóstico de corta estadía, entre otros (Bullard, 2005).

Por su parte, España considera: programas residenciales básicos, programas de atención de urgencia, programas de respiro, programas de atención a la primera infancia, programas de atención a niños o adolescentes con minusvalías graves, programas de atención

a adolescentes con graves problemas de comportamiento, programas de atención a personas menores de edad extranjeros no acompañados, programa de preparación para la emancipación (Diputación Foral de Bizkaia, 2005).

En el caso de Gran Bretaña, existe oferta residencial diferenciada para niños y jóvenes con necesidades convencionales y otras unidades residenciales especializadas, que entregan servicios psiquiátricos, psicológicos, soporte educacional especial, dispositivos de empleabilidad y asesoría para los usuarios, junto con altos niveles de supervisión para el equipo (Department of Children, Schools and Families, 2007).

Es así como se visualizan esfuerzos por implementar una variada oferta programática por parte de los Estados, que satisfaga las necesidades de niños y jóvenes, pero ésta debe ir acompañada por políticas estructurales de superación de pobreza, articulación de servicios y estándares de calidad óptimos, ya que de no ser así pueden resultar iatrogénicas para el desarrollo de esta población.

1.3 EL SISTEMA RESIDENCIAL EN CHILE

En el caso de Chile, actualmente existen 18.897 niños y adolescentes en cuidado alternativo; es decir privados de cuidado parental por una medida de protección dictada por los Tribunales de Familia y acogidos por el Estado a través de residencias y familias de acogida del Servicio Nacional de Menores (Sename). De ellos, en un año, 12.910 son acogidos por centros residenciales de protección o adopción (68,3%), mientras que 5.987 niños y adolescentes están a cargo de familias de acogida, es decir un 31,7%². Es importante señalar que en las últimas décadas el número de niños y adolescentes en centros residenciales ha disminuido: en 1990 un 62% del total de la población acogida por Sename estaba en centros residenciales (Red

²Elaboración propia a partir de información obtenida por Ley de Transparencia. Base de datos niños y jóvenes distintos atendidos durante 2015 en Sistema de Protección.

Latinoamericana de Acogimiento Familiar RELAF, 2010); por su parte, en 2015 este porcentaje se había reducido a un 8,7%, de un total de 147.986 niños atendidos en las áreas de Protección y Adopción.

Desde su creación en 1979, bajo el alero del Ministerio de Justicia, Sename ha tenido a su cargo las áreas de protección, adopción y justicia penal juvenil. En el presente, se está discutiendo en el Congreso un proyecto de ley que busca separar estos ámbitos, creando un Servicio de Protección Especial de Derechos de la Niñez a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y un Servicio de Responsabilidad Adolescente dependiente del Ministerio de Justicia.

En la actualidad, Sename tiene 17 tipos de residencias, de acuerdo a edad, perfil de la población atendida y nivel de especialización. Respecto a la distribución de la población en estos programas, 8.672 de los niños y adolescentes están en programas para personas entre 6 y 18 años; 2.380 para lactantes y preescolares; 1.265 para infantes y adolescentes con discapacidad; 353 para madres adolescentes y 230 en residencias de adopción.

En relación al organismo administrador o responsable de la residencia, un 19% de los niños están en residencias ejecutadas directamente por Sename (Centros de Reparación Especializada de Administración Directa, CREAD) y 81% en residencias administradas por organismos privados que reciben subsidio de Sename (Organismos Colaboradores de Acreditados de Sename, OCAS); la mayoría de estos últimos son instituciones de la sociedad civil o ligadas a la Iglesia Católica.

Por otro lado, el tamaño de los centros residenciales tiene una gran dispersión, con programas con capacidad para 10 personas hasta otros con 226 cupos. Es necesario recalcar que los dispositivos más grandes tienden a ser aquellos administrados directamente por Sename (CREAD): existen 8 centros de este tipo con capacidades entre 40 y 120 personas. Asimismo, las residencias que acogen a infanto-adolescentes con discapacidad grave o moderada también tienden a ser masivas, siendo administradas generalmente por instituciones de la sociedad civil³.

³Elaboración propia a partir de datos de la Oferta Programática de Sename, enero de 2017.

En cuanto al tipo de intervención, la oferta vigente para jóvenes entre 6 y 18 años tiene una baja especialización. En todo el país existen sólo 8 residencias especializadas (modalidad Residencia especializada de protección, RSP), con capacidad para atender en total a 143 niños y adolescentes, que no necesariamente responden a las necesidades que estos niños y jóvenes presentan y que al mismo tiempo no se diferencian mayormente de la modalidad más simple. En relación a lo anterior, la gran mayoría de las residencias tiene un nivel de intervención básico (modalidad Residencia para mayores, RPM), con un nivel inferior de subsidio, estas corresponden a 78 residencias con un total 2.606 plazas.

1.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RESIDENCIAS

Por su parte, en Chile existen escasos estudios respecto de las características de los jóvenes, y la calidad de los datos disponibles es poco confiable en términos de representatividad, ya que el sistema de monitoreo de información de Sename (Senainfo) está diseñado para supervisar la ejecución de los programas, no para caracterizar a la población en residencias. A pesar de esto, las investigaciones disponibles permiten obtener algunos datos relevantes; en lo referente al sexo, 58,2% son mujeres y el 41,8% son hombres. En cuanto a la edad, 43% tiene entre 7 y 12 años, 42% entre 13 y 19 años, y 15% entre 0 y 6 años. En particular, la edad de ingreso al programa es a los 8,4 años en promedio, siendo el rango entre los 7 y los 12 el de mayor frecuencia, con un 47% (Martínez, 2010).

Estudios realizados en base a datos administrativos de Sename entregan información poco consistente y poco clara respecto de las razones de un juez para decidir quitar la tuición a los padres y derivar a una residencia. Según Observa (2014) las principales causas de ingreso son: abandono o inhabilidad de los padres (23,6%); protección del tribunal –no especificando materia– (19,7%); víctima de negligencia (18,3%), situación de prevención (16,3%), víctima de abuso sexual (5,2%) y víctima de maltrato (4,9%). Por su parte, Martínez (2010) asegura que dentro de las causales con mayor frecuencia están negligencia (39,8%), maltrato o peligro (31,4%), petición del tribunal (8,8%), víctima de abuso sexual (8,2), abandono del padre (3,3%).

En este sentido, una de las limitaciones de las causales especificadas en el sistema de registro Senainfo es que no serían lo suficientemente específicas y no permitirían entender el problema subyacente a la familia que llevó a la separación de sus hijos (De Iruarrizaga, 2016). Ahora bien, es relevante destacar que podría existir una asociación entre algunos tipos de causal de ingreso y sexo de la población estudiada. Por ejemplo, la causa abuso sexual es más frecuente en mujeres (82,2%) que en hombres (13,8%).

En términos de permanencia en la residencia, un 22% ha vivido en ella entre 13 y 24 meses, mientras que un 19,7% ha estado más de 49 meses y un 18% entre 25 y 48 meses (Observa, 2014). Por tanto queda en evidencia que si bien las residencias están pensadas como un dispositivo transitorio desde la institucionalidad, en la práctica los niños y adolescentes llegan a vivir años en ellas, sin que estas estén preparadas en lo más mínimo para satisfacer sus necesidades.

Si bien existe consenso respecto de que los niños no deben ingresar a una residencia por su situación socioeconómica, Martínez (2010) señala que un 68,8% de las familias en este programa son pobres no indigentes, un 16,8% es indigente y un 14,4% no es pobre. Alrededor de un 70% de los padres tiene nivel educacional básico y 10% no tiene escolaridad. Con lo anterior, la relación entre sistema de protección residencial y pobreza es evidente.

En cuanto a los datos de salud, 37% de los niños y adolescentes cuenta con una evaluación psicológica; de ellos, 38% fue diagnosticado como “normal”, 30% con trastornos psicológicos y 23% con discapacidad intelectual leve a grave. También se identificó que un 23,8% contaba con enfermedades neurológicas y un 10,4% con cardiopatías (Martínez, 2010). Un aspecto relevante a considerar, según una investigación realizada por el Poder Judicial, es que 1.004 de los niños y adolescentes no poseen diagnóstico sobre su situación al ingreso al programa (Cámara de Diputados, 2013). Además, muchos de ellos cuentan con variados diagnósticos disímiles entre ellos o no integrados.

En la dimensión de educación, según Observa (2014) un 7,8% de los niños y adolescentes no asistía a la escuela a la fecha de ingreso a la

residencia, mientras que en el historial de esta población un 17,5% tiene eventos de no asistencia escolar. Según los datos de la Cámara de Diputados (2013) existen 164 analfabetos y 1.418 con retraso escolar. Así pues, se evidencia falta de datos detallados sobre esta población, donde exista información unificada sobre su situación, experiencias, diagnósticos e intervenciones que estén centrados en sus características y necesidades.

1.4 CHILE EN UN PUNTO DE INFLEXIÓN

Cada cierto tiempo, nuestro país experimenta una suerte de “lucidez transitoria”, en la que podemos reconocer más de cerca las experiencias de dolor e injusticia en la que se encuentran algunas personas. Son pequeñas ventanas de realidad que se toman la agenda social y sobre la cual es imposible abstraerse. Fue una de esas ventanas la que abrió una niña de 11 años, de nombre Lisette, quien se encontraba con una medida de protección emanada por un Tribunal de Familia, en una residencia especializada del sistema de cuidados alternativos chileno. Ella fallecería el 11 de abril del año 2016 cuando era el Estado el responsable de proteger y cuidar sus derechos.

Pero Lisette no fue el único caso en el que el Estado Chileno falló en su rol protector, sino que más bien fue el episodio más mediático de un actuar negligente de varios gobiernos que han pasado por alto la situación de miles de niños y adolescentes que han pasado por el sistema de protección nacional. Más tarde, y dada la connotación nacional que tuvo esta tragedia, se terminaría reconociendo que entre el período 2005-2016 perdieron la vida un total de 1.313 niños y adolescentes bajo el cuidado del Estado, lo que inicia un nuevo período de profundas reflexiones, acusaciones y declaraciones de voluntades para transformar un sistema añejo, negligente y dañino.

Sin embargo, los antecedentes de la precariedad de la atención y los abusos cometidos al interior de residencias se hicieron públicos varios años antes de este hecho, a través de las comisiones investigadoras de la Cámara de Diputados concluidas en 2013 y 2014⁴, que se crearon a propósito del complejo diagnóstico realizado por la Comisión Jeldres⁵. Los principales hallazgos de estas comisiones fueron: malos tratos al interior de las residencias, tanto físicos como psicológicos, por parte de adultos responsables y de pares; situaciones de abuso sexual mientras se está bajo el cuidado del sistema residencial, por parte de personas adultas de las residencias o por adultos en las visitas a las familias, como también por parte de otros niños y adolescentes; redes de explotación sexual al interior de un hogar; largas permanencias de los niños en residencias; falta de planes de intervención; separación de hermanos por criterio de edad y género en las residencias, entre otras. Adicionalmente, en 2013 el Ministerio de Justicia creó un programa de Aseguramiento de la Calidad de las Residencias y de Mejoramiento Continuo (Ascar), que realizó

⁴Comisión de Familia constituida en investigadora entregó su informe en octubre de 2013 (constituida por los diputados Ramón Barros Montero, Eugenio Bauer Jouanne, María Angélica Cristi Marfil (Presidenta), Carlina Goic Borojevic, Carlos Abel Jarpa Wewar, Issa Kort Garriga, Adriana Muñoz D'Albora, Karla Rubilar Barahona, María Antonieta Saa Díaz, Marcela Sabat Fernández, Jorge Sabag Villalobos, Marcelo Schilling Rodríguez y Mónica Zalaquett Said) y Comisión Especial Investigadora del Funcionamiento del Servicio Nacional de Menores que entregó su informe final en marzo de 2014 (constituida por los diputados René Alinco; Pedro Pablo Browne; Alfonso de Urresti; Hugo Gutiérrez; Gustavo Hasbún; Tucapel Jiménez; Andrea Molina; Leopoldo Pérez; Ricardo Rincón; María Antonieta Saa; René Saffirio; Felipe Salaberry, e Ignacio Urrutia).

⁵Así se conoce a la Comisión Institucional del Poder Judicial Chileno que con el apoyo de UNICEF llevó a cabo un estudio para conocer la situación de los niños, niñas y adolescentes en sistema residencial durante el año 2012. Este estudio quedó inconcluso ya que la Corte Suprema determinó interrumpir su trabajo en noviembre de 2012, cuando aún quedaban tres regiones (Biobío, Metropolitana y La Araucanía) por estudiar. Para conocer la información existente se recomienda revisar el Informe de la Comisión Investigadora del Servicio Nacional de Menores, del año 2014: <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=10254&formato=pdf>

diversos estudios y programas pilotos⁶ y que significó una ejecución presupuestaria de más de 3 mil millones de pesos entre 2013 y 2016⁷ y que no tuvo continuidad con el siguiente gobierno y no se dieron a conocer sus resultados ni implicancias.

La información entregada por las comisiones investigadoras permitió también constatar un grave problema estructural relacionado con el mal funcionamiento del sistema de protección de la infancia y su precaria relación con los otros servicios del Estado, por ejemplo: en cuanto al procedimiento empleado para la internación, se estableció que los jueces de los Tribunales de Familia enviaban a los niños a hogares a recibir tratamientos sin establecer un plazo conocido; inexistencia de oferta especializada en cada territorio, lo que da cuenta del desarraigo al que son sometidos muchos niños y adolescentes obligados a trasladarse fuera de su región de origen en búsqueda de atención especializada; falta de atención médica requerida ante situaciones graves de salud; grandes carencias en el ámbito de la salud mental; importante nivel de rezago y retraso escolar; escasa supervisión y nula actuación frente a casos de grave vulneración de derecho, entre otros.

En el 2016, se constituyó una nueva comisión investigadora en la Cámara de Diputados, a la cual Sename entregó un informe que indicaba que 210 niños y adolescentes habían muerto en centros residenciales entre 2005 y 2016. Además, se dieron a conocer nuevamente sistemáticas vulneraciones de derechos que ocurren en el sistema residencial y muchos elementos que una vez más afirman la precariedad del sistema.

⁶Sus principales funciones fueron: a) recopilar y analizar la información existente respecto al sistema residencial (visitas de jueces, informes de supervisión del Sename, entre otros); b) diseñar y aplicar instrumentos para evaluar los estándares de calidad requeridos por el Servicio, así como para analizar y dar seguimiento constante de los casos; c) revisión y actualización de las medidas de protección; d) levantar la demanda actual de residencias en función de las necesidades de los niños, la territorialidad y los niveles de complejidad; e) análisis del perfil actual de la demanda de la residencia para levantar una oferta programática; f) análisis y construcción de indicadores que permitan orientar la implementación de acciones para la mejora de los nudos críticos detectados; g) implementar acciones inmediatas en caso de detectar graves vulneraciones de derechos; h) articular acciones para dar respuestas a los factores que dificultan el egreso de los niños y niñas del sistema residencial; i) coordinar instancias para resolver nudos críticos a nivel territorial y regional.

⁷Datos solicitados por Ley de Transparencia al Ministerio de Justicia, septiembre 2016.

La situación de Lisette no puede considerarse como un hecho aislado. Esta tragedia ha servido para cuestionarnos respecto del rol del Estado y de la sociedad en su conjunto, en cuanto a la protección de los derechos de los niños y adolescentes. Actualmente, se discuten en el Congreso Nacional seis proyectos de ley fundamentales para impulsar una transformación real de un sistema caduco y vulnerable. Las voces especializadas en este tema concuerdan cambio radical en la forma en la que estamos entendiendo a esta población y el ejercicio de sus derechos. Sin duda la solución no pasa exclusivamente por la asignación de mayores recursos económicos, pero esto es un piso mínimo que el Estado debe garantizar un servicio residencial de calidad.

Es primordial aumentar el subsidio que entrega el Sename a los organismos privados (OCAS) y revisar las diferencias que existen con el gasto que realiza en sus centros de administración directa (CREAD). Las OCAS reciben en promedio 260 mil pesos mensuales por niño (con un máximo de 460 mil pesos mensuales por niño), mientras que los CREAD gastan en promedio 1 millón 600 mil mensuales por niño (con un máximo de 2 millones 200 mil pesos mensuales por niño). Al respecto, la reforma del nuevo sistema de protección especializada debería aumentar significativamente la subvención y de manera progresiva financiar en un cien por ciento el costo de una atención residencial de calidad.

1.5 RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

El Comité de los Derechos del Niño⁸ ha recomendado en sus observaciones de los años 1994, 2002, 2007 y 2015 que el Estado apruebe una ley de protección integral de los derechos del niño dado que el enfoque tutelar de la Ley de Menores de 1967 aún vigente

⁸Órgano de las Naciones Unidas confirmado por expertos independientes que supervisan la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por los Estados Partes. Este Comité también supervisa la aplicación de los protocolos facultativos de la Convención.

resulta incompatible con un marco jurídico que reconozca y garantice los derechos de todos los niños en Chile. Lamentablemente, los intentos por modificarla el año 2005 y 2012 fracasaron. De igual forma sugiere que:

- se establezca un sistema de justicia juvenil, donde abogados, jueces y fiscales estén debidamente capacitados para tratar estos casos, respetando el tratamiento especial que deben tener niños y adolescentes;
- se apruebe con prontitud una ley orgánica del Ministerio de Desarrollo Social y designe a dicho Ministerio como entidad responsable de hacer efectivos los derechos del niño;
- que se establezca rápidamente un mecanismo específico que permita vigilar el respeto de los derechos del niño y que sea capaz de recibir, investigar y tramitar las denuncias relacionadas con niños y presentadas por niños de una manera sensible a sus necesidades, de garantizar la privacidad y la protección de las víctimas, y de llevar a cabo actividades de vigilancia, seguimiento y verificación en favor de dichas víctimas;
- se utilice un enfoque basado en los derechos del niño para preparar el presupuesto estatal, asegurando que se midan los diferentes impactos en los niños en diferentes situaciones de vulnerabilidad, de igual forma que se definan partidas presupuestarias estratégicas para los niños en situaciones desfavorables o vulnerables que puedan requerir medidas sociales afirmativas, y se procure que esas partidas aumenten progresivamente y se mantengan incluso en caso de crisis económica, desastres naturales y otras emergencias;
- se acelere una aplicación de un sistema nacional, integrado y global de datos que abarquen todas las esferas de la Convención, desagregados por edad, sexo, discapacidad, ubicación geográfica, origen étnico, nacionalidad y situación socioeconómica, para facilitar el análisis de la situación de todos los niños, en particular los que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social (Comité de los Derechos del Niño, 2015).

Específicamente en lo referido a los niños privados de un entorno familiar, el Comité expresó su preocupación dado que el número de niños en centros de acogida de tipo residencial no familiar sigue siendo muy elevado si se compara con el número de niños ubicados en otros tipos de centros de atención. Preocupan también al Comité la calidad de la atención facilitada y los casos de violencia contra niños en esos lugares. Por lo anterior el Comité recomienda al Estado específicamente que:

- promueva la colocación en hogares de acogida como modalidad alternativa de cuidado y procure que los niños solo sean internados en instituciones como último recurso, y teniendo en cuenta su interés superior;
- garantice salvaguardias adecuadas y criterios claros, sobre la base de las necesidades y el interés superior del niño, para determinar si un niño debe ser colocado en un centro de cuidados alternativos;
- preste asistencia adecuada a los padres mientras sus hijos permanezcan acogidos, para que puedan volver a cuidarlos cuando ello redunde en el interés superior de los niños;
- procure que los niños puedan mantener el contacto con sus padres, a menos que ello no redunde en su interés superior;
- garantice una revisión periódica de los internamientos de niños en instituciones y de su colocación en hogares de acogida, y supervise la calidad de la atención que reciben en esos entornos, entre otras cosas ofreciendo vías accesibles y adaptadas a las necesidades de los niños para denunciar, vigilar y remediar situaciones de malos tratos a niños;
- adopte las medidas necesarias para prevenir e impedir la violencia contra los niños en las instituciones y los hogares de acogida;
- asegure una asignación suficiente de recursos humanos, técnicos y financieros a centros de cuidados alternativos y servicios pertinentes de atención al niño para facilitar la rehabilitación y la reintegración social de los niños que residen en ellos, en la mayor medida posible;

- tenga en cuenta las Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños (Comité de los Derechos del Niño, 2015, p. 12-13).

1.6 CAMBIOS LEGISLATIVOS EN CHILE

El Estado chileno impulsó el 21 de septiembre del año 2015, la creación de un Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez⁹. Este proyecto pretende dotar al país de un sistema coordinado de dispositivos legales, institucionales, políticos y sociales, orientados a asegurar la efectividad de los derechos de los niños y a velar por su pleno desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, considerando su identidad cultural y su pertenencia a pueblos indígenas.

El sistema reconoce las relaciones entre los niños, la familia, la sociedad y el Estado, estructurándolas a partir del reconocimiento de derechos y deberes recíprocos, con profundo respeto de la relación del niño con sus padres o responsables legales; refuerza el papel de las políticas sociales otorgadas a los niños y de protección social dirigidas a ellos; limita la intervención del Estado a una última instancia, en subsidio de los esfuerzos de la familia para asegurar el ejercicio de los derechos del niño; y reconoce a los niños como sujetos participantes activos de la comunidad.

En definitiva, este proyecto pretende dotar al país de un sistema coordinado de dispositivos legales, institucionales, políticos y sociales orientados a asegurar la efectividad de los derechos de los niños. De igual manera pretende integrar distintos niveles de intervención del Estado. Por una parte, contempla un sistema de

⁹Información en base a una versión oficial del Ministerio de Desarrollo Social, extraída de una Presentación del Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez, realizada por el fiscal Jaime Gajardo en el Seminario Avances y Desafíos del Sistema de Protección Integral a la Niñez llevado a cabo el 6 de julio de 2017. Este libro documento no pretende entregar una versión crítica de los proyectos de ley.

protección que propende a asegurar el goce de sus derechos a los niños, principalmente a través de políticas sociales. Por otra, prevé la existencia de prestaciones especializadas para los casos en que tales derechos deban ser reparados o restituidos.

Dentro de las normativas que impulsa este nuevo Sistema, se encuentran los siguientes:

a) SUBSECRETARÍA DE LA NIÑEZ

El Proyecto de Ley que crea la Subsecretaría de la Niñez y modifica la Ley 20.530 sobre el Ministerio de Desarrollo Social, tiene por objetivo crear una nueva institucionalidad para los niños, estableciendo un rol de rectoría que ejercerá el Ministerio. De esta manera asume la gestión estratégica del sistema y la articulación del mismo. La Subsecretaría de la Niñez será, además, la Secretaria Técnica del Comité Interministerial de Desarrollo Social de la Niñez y estará a cargo de la implementación del Subsistema de Protección Integral de la Infancia “Chile Crece Contigo”, del sistema Intersectorial de Protección Social establecido en la Ley 20.379.

B) SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA

El Proyecto de Ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada, tiene por objetivo mejorar la institucionalidad encargada de la protección especializada de derechos del niño. Para ello pretende impulsar:

- mayor especialización de los actores concurrentes;
- mejoras en la calidad de los programas y ejecutores a través de la instalación de un sistema de acreditación;
- mejoras en la supervisión de la ejecución de programas;
- mejoras en la gestión institucional;
- precisión en el objeto del servicio, incorporando al niño y su contexto familiar;
- mejoras al sistema de registro de información.

C) SERVICIO DE REINSERCIÓN JUVENIL

El proyecto de ley que crea el Servicio de Reinserción Social Juvenil pretende mejorar la institucionalidad en base a la experiencia obtenida luego de 10 años de implementación de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. De la misma forma se orienta a mejorar la gestión de programas, monitoreando su implementación y retroalimentando al sistema. En este sentido se propende la creación de un comité de estándares de acreditación técnico.

D) DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ

El proyecto que crea la Defensoría de la Niñez pretende impulsar la creación de una institución nacional de derechos humanos autónoma que vele por la difusión, promoción y protección de los derechos de los niños, tanto por parte de los órganos del Estado como de aquellas personas jurídicas de derecho privado vinculadas a estas materias. Procura otorgar protagonismo y visibilidad a una temática que tiende a diluirse frente a la amplitud de problemáticas que se generan en materia de derechos humanos. Estará diseñado como una magistratura de persuasión que vele por el correcto funcionamiento del sistema de garantías.

Se espera que todas estas medidas permitan transformar el sistema actual de manera de contar con servicios más efectivos y construidos sobre la base de la adecuada protección y garantía de los derechos del niño, pero de nada sirve si todo esto no va de la mano de un significativo aumento de la glosa presupuestaria y de una articulación del intersector que realmente proteja a cada niño y adolescente que viva en Chile.

1.7.1 BREVE HISTORIA

Desde su fundación en 1944, el Hogar de Cristo ha acogido a niños y adolescentes en situación de pobreza y exclusión social, a través de diversos programas sociales. Los primeros programas se establecieron en las comunas de Estación Central y de Colina en Santiago, los que eran dirigidos por sacerdotes con la colaboración de laicos. Posteriormente, en 1960 comenzó a idearse la creación de los Hogares Familiares, cuyo objetivo era que los niños vivieran en un ambiente familiar, cuidados por un matrimonio y en un contexto menos institucional.

Luego, en 1994 la Fundación inicia un proceso de desinternación de niños y jóvenes, como consecuencia de un proceso de reflexión interna sobre las consecuencias negativas que tenía la internación en los niños y reforzado por los nuevos lineamientos que exigía la Convención de los Derechos del Niño. Así, la institución comenzó a promover nuevas metodologías como los Programas de Colocación Familiar, Casas de Acogida a la Mujer, Comunidades Terapéuticas, Programas Jurídicos, Trabajo con niños en situación de calle, entre otros (Unicef, 2002).

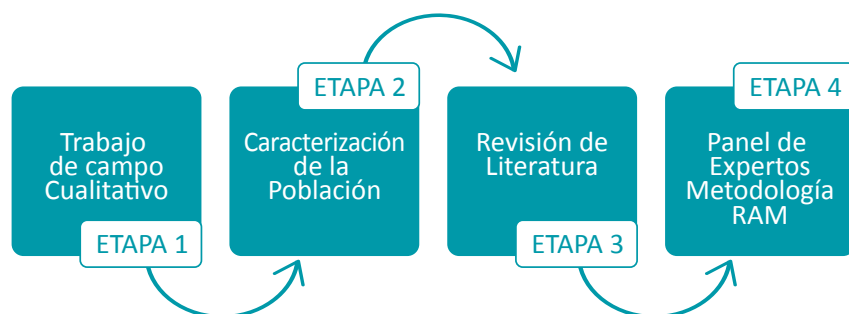
En 1997 el Hogar de Cristo realizó un seguimiento a 119 egresados de Hogares Familiares, en que se entrevistó a los jóvenes, sus familias, vecinos y profesores. El estudio evaluó que el 58,8% de los egresos fue exitoso, un 23,5% medianamente exitoso y un 12,6% no exitoso. Un egreso era considerado exitoso cuando “el niño está con su familia de origen, se ve contento, saludable, estudia y, si es mayor de 18 años, tiene un trabajo estable o, si tiene entre 14 y 18 años, no estudia pero ingresó al campo laboral por decisión propia” (Fundación Hogar de Cristo, 1997). Si bien este seguimiento a egresados fue un buen intento, la metodología utilizada fue en base a autorreportes breves y con categorías que no necesariamente indican bienestar.

Actualmente, el Hogar de Cristo cuenta con ocho residencias de protección para niños y adolescentes entre 6 y 18 años en las ciudades de Antofagasta, Calama, La Serena, Quilpué, Santiago y Osorno. Cada programa tiene capacidad para acoger entre 16 y 20 personas, y cuenta con una dotación profesional que incluye un director de programa, un psicólogo, un trabajador social, un psicopedagogo y alrededor de ocho monitoras o cuidadoras.

1.7.2 SITUACIÓN ACTUAL

Movidos por una profunda insatisfacción del trabajo en torno a las residencias de protección que llevaba a cabo la Fundación Hogar de Cristo, y la necesidad de instalar un proceso de reflexión tendiente a incorporar las mejores prácticas en todos los programas sociales de la Fundación, a mediados del año 2015 se inicia un proceso de estudio orientado a reformular el modelo de residencia de protección de niños y adolescentes. De esta forma se llevaron a cabo 4 fases investigativas, como se ilustra en la Figura 2 y que serán explicadas en extenso en los capítulos 2 y 3 de este libro.

Figura 2: Fases de investigación Hogar de Cristo para Residencias Infanto-Adolescentes



Tal como se verá en estos capítulos, los estudios cualitativo y cuantitativo realizados durante diciembre de 2015 y julio de 2016 nos llevan a concluir que la residencia de protección es una organización que está en crisis, ya que no estaría cumpliendo su labor de cuidado ni estaría entregando posibilidades de inclusión social a los niños y adolescentes. Este hallazgo es el que lleva a la Fundación a realizar un exhaustivo trabajo de 4 fases, incluyendo el estudio cuantitativo y cualitativo mencionado, una extensa revisión de literatura y la utilización de la metodología RAM. Todos estos elementos llevaron a desarrollar un modelo técnico de residencias para jóvenes de entre 12 y 21 años, con necesidades múltiples y complejas, el que se espera incida con evidencia y datos objetivos la toma de decisiones y políticas públicas para el sistema de protección.



2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se detalla la metodología utilizada con el objetivo de construir un modelo técnico de residencia para jóvenes gravemente vulnerados en sus derechos, con necesidades múltiples y complejas de entre 12 y 21 años. Para estos fines se realizó en un primer momento una profunda introspección de las residencias de la Fundación Hogar de Cristo, por medio de un estudio cuantitativo y cualitativo que permitió comprender los recursos y dificultades que tienen las 8 residencias de la institución, que actualmente brinda servicios a niños y jóvenes de entre 5 a 21 años. Luego, se realizó una exhaustiva revisión de la literatura con el fin de visualizar buenas prácticas a nivel nacional e internacional que aportaran a la construcción de un modelo que promoviera resguardo de los derechos, inclusión social y bienestar subjetivo de los jóvenes atendidos. Por último, se explica la metodología de consenso RAM, creada por RAND Corporation y The University of California Los Angeles, que permitió consensuar con expertos nacionales e internacionales los elementos fundamentales a considerar en la construcción del modelo esbozado en el capítulo 4.

2.1

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO CUANTITATIVO DE LAS RESIDENCIAS DEL HOGAR DE CRISTO

Para identificar las necesidades de los niños, jóvenes y sus familias, se realizó una encuesta de manera presencial al psicólogo y al trabajador social de las residencias ejecutadas por el Hogar de Cristo. El instrumento fue aplicado entre diciembre de 2015 y abril de 2016, en 8 programas ubicados en las ciudades de Antofagasta, Calama, La Serena, Quilpué, Santiago y Osorno. Se obtuvo información de 137 niños y jóvenes vigentes a la fecha de la aplicación de la encuesta, es decir todos aquellos que estuvieran registrados en el sistema informático Senainfo de Sename, independientemente de si se encontraban presentes en la residencia. El cuestionario fue contestado por la dupla psicosocial sobre la base de las fichas y cuadernos de los niños y jóvenes, donde los equipos llevan registro impreso de los antecedentes de los niños y sus familias.

Las preguntas se centraron en ocho dimensiones: datos generales, educación, consumo problemático de alcohol y drogas, salud mental, salud física, situación familiar, situación de maltrato e historia en el sistema de protección. El cuestionario completo se presenta en la Tabla N° 1.

El equipo investigativo decidió realizar este levantamiento de información, debido a que la información disponible a través de Senainfo no era suficiente para realizar una caracterización de la población objetiva.

Tabla N° 1: Cuestionario para caracterización cuantitativa de residencias

DATOS GENERALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fecha de ingreso a residencia Hogar de Cristo 2. Comuna 3. Fecha de nacimiento 4. Run 5. Nacionalidad: <ul style="list-style-type: none"> • Chilena • Peruana • Boliviana • Ecuatoriana • Colombiana • Otra: 6. Etnia 7. Sexo <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
EDUCACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 8. ¿Asiste a la escuela? <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No sabe 9. Sin escolaridad, pero <ul style="list-style-type: none"> • No lee ni escribe • Lee y escribe • N/A

10. Año escolar que cursa actualmente
11. Tipo de escolaridad
- Escolarizado en sistema convencional
 - Diferencial (déficit mental, audición, lenguaje, sensoriales y motores)
 - Programa especial básica o media (nivelación, alfabetización y exámenes libres)
 - Otro:
12. Tipo de asistencia
- Asiste regularme
 - Asiste de forma interrumpida
 - Desertor por iniciativa de los padres
 - Matriculado (a la espera de inicio de clases)
 - No asiste
 - No asiste por estar incapacitado
 - No asiste por expulsión del sistema escolar
 - No asiste por falta de oferta escolar
 - Nunca ha sido inscrito en el sistema escolar
 - Sin información
 - Terminó enseñanza media
 - Otro:
13. ¿Considera que el niño presenta dificultades de aprendizaje?
- Sí
 - No
 - No sabe
14. ¿En qué área se observa aquella dificultad de aprendizaje?
15. ¿Recibe apoyo educacional al interior de la residencia o en el establecimiento educacional?
- Sí
 - No
16. ¿Tiene un diagnóstico de necesidades especiales de educación?
- Sí
 - No
17. ¿Qué diagnóstico tiene de necesidades especiales de educación?
18. ¿Recibe apoyo formal para esta necesidad especial?
- Programa de integración escolar (PIE)
 - Grupo diferencial
 - Apoyo psicopedagógico en residencia
 - Apoyo psicopedagógico externo
 - No recibe apoyo
 - Otro:

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

19. ¿Ha visto o ha sabido si el niño ha consumido alcohol o drogas en los últimos 12 meses?

- Sin consumo de alcohol y drogas
- Sólo alcohol
- Sólo otras drogas
- Alcohol y otras drogas
- No sabe
- N/A

20. Tipo de droga

- Sin consumo de alcohol y drogas
- Alcohol
- Alcohol y fármacos
- Anfetaminas
- Cocaína
- Éxtasis
- Heroína
- Hongos
- Inhalantes
- LSD
- Marihuana
- Pasta base de cocaína
- Peyote
- Sin información
- N/A
- Otro:

21. ¿Ha visto o ha sabido si el niño ha dejado de cumplir sus deberes en la residencia, en el colegio o en la universidad/instituto a causa del alcohol u otras drogas?

- Sí
- No
- N/A

22. ¿Ha visto o ha sabido si el niño ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo repetido de alcohol u otras drogas?

- Sí
- No
- N/A

23. ¿Ha visto o ha sabido si el niño ha hecho algo bajo los efectos del alcohol u otras drogas que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?

- Sí
- No
- N/A

24. ¿Ha visto o ha sabido si el niño ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de alcohol u otras drogas?

- Sí
- No
- N/A

SALUD MENTAL

25. ¿Tiene el niño un diagnóstico psiquiátrico realizado por un psiquiatra?

- Sí
- No

26. ¿Cuál fue el diagnóstico realizado por el psiquiatra?

Diagnóstico psiquiátrico 1

27. Diagnóstico psiquiátrico 2

28. Diagnóstico psiquiátrico 3

29. Diagnóstico psiquiátrico 4

30. Diagnóstico psiquiátrico 5

31. Actualmente, ¿consume algún medicamento asociado a ese diagnóstico?

- Sí
- No

32. ¿Qué medicamento consume actualmente?

- No consume medicamento
- Quetiapina
- Fluoxetina
- Ácido Valproico
- Clonazepam
- Risperidona
- Aradix
- Metilfenidato
- Aripripazol
- Atomoxetina
- Otro:

33. A juicio del equipo de la residencia, ¿el niño requiere atención psiquiátrica?

- Sí
- No
- No sabe

34. ¿Tiene el niño un diagnóstico psicológico realizado por un psicólogo?

- Sí
- No

35. ¿Cuál fue el diagnóstico realizado por el psicólogo?

Diagnóstico psicológico 1

36. Diagnóstico psicológico 2

37. Diagnóstico psicológico 3

38. Diagnóstico psicológico 4

39. Diagnóstico psicológico 5

40. ¿Asiste el niño a terapia psicológica?

- Sí
- No

41. A juicio del equipo de la residencia, ¿el niño requiere atención psicológica?

- Sí
- No
- No sabe

SALUD FÍSICA

42. ¿Presenta el niño alguna de las siguientes condiciones de larga duración?

- Dificultad física o de movilidad
- Mudez o dificultad en el habla
- Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos
- Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
- Otra condición crónica de carácter grave
- No
- Otra:

43. ¿Recibe algún tratamiento permanente para esta condición?

- Sí
- No

SITUACIÓN FAMILIAR

44. A nivel de trabajo con la familia ¿en qué situación se encuentra el niño?

- Abandono
- Intervención familiar
- Acercamiento familiar

45. Si responde abandono, ¿hace cuánto tiempo el niño se encuentra en situación de abandono? (número de meses)

46. Si responde abandono, ¿está declarada la susceptibilidad de adopción?

- Sí
- No
- En proceso

47. ¿Hace cuánto tiempo fue declarado susceptible de adopción?

48. Si responde intervención familiar, ¿qué tipo de trabajo se realiza?

- Mantenimiento de vínculo con familia o adulto significativo
- Reunificación familiar (nuclear, extensa o tercero significativo)
- Despeje familiar (nuclear o extensa)

49. En caso de mantención y reunificación, ¿con qué adulto se trabaja principalmente?

- Padre
- Madre
- Hermano (a)
- Tío (a)
- Abuelo (a)
- Bisabuelo (a)
- Madrastra
- Padrastro
- Tercero significativo
- Otro:

50. Si trabaja en mantención y reunificación, ¿existe algún diagnóstico de habilidades parentales en relación a este adulto?

- Sí
- No

51. Si respondió sí: ¿cuál instrumento utilizó?

- NCFASG
- NCFASR
- NCFASG+
- R
- E2P
- Otro:

52. En caso de que utiliza el instrumento NCFAS y según corresponda al tiempo de aplicación, ¿cuál es el resultado del diagnóstico al ingreso?

- Clara fortaleza
- Leve fortaleza
- Línea base
- Problema leve
- Problema moderado
- Problema serio

53. En caso de que utiliza el instrumento NCFAS y según corresponda al tiempo de aplicación, ¿cuál es el resultado del diagnóstico al cierre?

- Clara fortaleza
- Leve fortaleza
- Línea base
- Problema leve
- Problema moderado
- Problema serio

54. En el caso de reunificación familiar y mantención de vínculo, ¿cuáles son los factores correspondientes a la familia o tercero significativo que han dificultado el proceso?

- Consumo problemático
- Problemas de salud mental
- Problemas habitacionales
- Capacidad de generación de ingresos
- Problemas de salud física
- Otro:

55. ¿Tiene el adulto significativo una historia de institucionalización?

- Sí
- No

SITUACIÓN DE MALTRATO

56. Considerando al niño en el momento del ingreso a la residencia, ¿presentaba antecedentes de maltrato?

- Sí
- No

57. ¿Qué tipo de antecedentes de maltrato presentaba?

- Físico con lesiones graves
- Físico con lesiones leves
- Físico sin lesiones
- Psicológico / Emocional
- Abuso sexual
- Violación
- Otro:

HISTORIA SISTEMA DE PROTECCIÓN

58. Número de programas en los que el niño ha estado

59. Tiempo total de permanencia en sistema proteccional

60. Causal de ingreso residencia Hogar de Cristo:
Causa de ingreso 1

61. Causa de ingreso 2

62. Causa de ingreso 3

63. Causa de ingreso 4

64. Etapa de intervención Residencia Hogar de Cristo

- Ingreso
- Evaluación diagnóstica
- Intervención
- Acercamiento familiar

65. Número programas actuales

66. Tipo de programas actuales

67. En los últimos 12 meses, ¿el niño ha hecho abandono de sistema?

- Sí
- No

68. Si responde sí, ¿cuántas veces?

69. Según la evaluación del equipo técnico, el niño se perfila como:

- Larga permanencia / Preparación vida independiente
- Reunificación familiar con familia nuclear o extensa
- Reunificación familiar con tercero significativo

2.2

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO CUALITATIVO DE LAS RESIDENCIAS DEL HOGAR DE CRISTO

Esta investigación explora las percepciones de un conjunto de actores que forman parte de las residencias de protección de niños y jóvenes del Hogar de Cristo. El objetivo de este estudio es conocer las experiencias, percepciones, opiniones y expectativas en torno a los servicios, dinámicas y cotidianidad de los programas, poniendo especial atención en los nudos críticos que dificultan el cumplimiento de sus objetivos.

Para tener un diagnóstico comprensivo de las residencias de protección, se utilizó una metodología de tipo cualitativo. En este tipo de investigación el énfasis está puesto en la visión de los actores sociales y el análisis contextual en el cual se desarrolla, centrándose principalmente en el significado de las relaciones sociales (Tarrés, 2013). Se identificaron cinco tipos de actores sociales que se relacionan directamente con las residencias, los que tienen un punto de vista privilegiado –y complementario entre sí– para caracterizar las dinámicas de dichos establecimientos, esto con la finalidad de tener un panorama integral de la situación. Específicamente se definieron los siguientes tipos de informantes claves: niños y adolescentes que viven actualmente en residencias; egresados de las residencias; familiares de los residentes; trabajadores de trato directo, equipo técnico, psicólogos y trabajadores sociales; y directores de los centros residenciales.

Se aplicaron distintas técnicas cualitativas de recolección de datos según el tipo de informante. Estas fueron: entrevistas individuales abiertas, entrevistas individuales semi-estructuradas, entrevistas

grupales semi-estructuradas, y grupos de discusión. Estas técnicas se aplicaron en cada una de las 8 residencias de protección que tiene el Hogar de Cristo, logrando un total de 79 entrevistas.

El estudio utilizó diversos diseños de muestra según el tipo de entrevistado. En el caso de los infantes y adolescentes, se definieron entrevistas por cuotas para asegurar una representatividad equivalente en términos etarios y por tiempo de estancia en las residencias. En cuanto a los familiares, se consideró tanto a quienes se encuentran en proceso de acercamiento a los jóvenes, como a los que están inmersos en procesos de reunificación. En lo que concierne a los egresados, no fue posible asignar cuotas en su distribución muestral dada la dificultad para acceder a individuos con este perfil; por lo mismo, se recurrió a contactos en la red local que permitieran acercarnos a ellos. Finalmente, las entrevistas y grupos de discusión dirigidos a trabajadores incluyeron a todos aquellos que estuvieron disponibles al momento de su aplicación. Los tamaños muestrales se detallan en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2: Muestra de estudio cualitativo

Técnica de recolección de datos	Informantes claves	N° de entrevistas individuales o grupales	N° de participantes
Entrevista semi-estructurada	Niños y adolescentes vigentes en residencias de protección	29	29
Entrevista abierta	Egresados de residencias de protección	17	17
Entrevista abierta	Familiares de niños y adolescentes vigentes en residencias de protección	18	18
Grupo de discusión	Equipo de trato directo de residencias de protección	6	32
Entrevista grupal	Equipo técnico de residencias de protección	5	15
Entrevista abierta	Directores(as) de residencias de protección	4	4
TOTAL		79	115

El trabajo de campo se llevó a cabo en un período de seis meses, desde diciembre de 2015 hasta julio de 2016. Dada la complejidad de los temas tratados, se tomaron una serie de resguardos para garantizar el bienestar de los niños y jóvenes. Previamente a la realización de todas las entrevistas, se hizo entrega de un consentimiento informado, el cual estipulaba el uso de los relatos y aseguraba el anonimato de los involucrados. Por lo mismo, en la presentación de los resultados, no se identifican los nombres de las residencias ni de los entrevistados, reemplazándolos por números y letras. Por otra parte, las entrevistas a niños y adolescentes fueron realizadas por una dupla de profesionales con experiencia en residencias de

protección, incluyendo a una trabajadora social y a un psicólogo a modo de soporte, el cual estuvo encargado de evitar posibles situaciones de revictimización.

Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y posteriormente transcritas. Se aplicó, para cada tipo de informante por separado, la metodología de análisis de contenido cualitativo. Como plantea Schreier (2012), esta técnica permite describir sistemáticamente el significado latente de corpus textuales, reduciendo el volumen del material y categorizándolo en unidades mínimas de sentido. Previo al análisis se definieron para cada tipo de entrevistado, según los objetivos de investigación y diseño de cuestionario, los códigos y categorías mínimas para la agrupación de los contenidos.

Como resultado del análisis, se elaboraron informes particulares para cada tipo de entrevistado. En el capítulo de resultados, se recogen los principales hallazgos contenidos en los informes parciales, integrando así las diferentes percepciones y experiencias de los actores consultados.

2.3

METODOLOGÍA DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura se realizó sobre la base de las necesidades verificadas en las residencias, por lo que llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica internacional, contemplando dos momentos: primero se revisó la bibliografía relacionada con modelos específicos de trabajo en residencias, con lo que se investigaron 16 modelos residenciales en profundidad, luego se revisaron artículos académicos y buenas prácticas de 36 países. En esta etapa se recopilaron informaciones de estudios basados en evidencias, como meta-análisis, evaluaciones de impacto cuantitativo, estudios cualitativos y documentos oficiales de gobiernos con estándares de programas residenciales. La búsqueda se enfocó en ocho dimensiones: contexto política pública, infraestructura, equipo de residencias, gestión de la

residencia, intervención con jóvenes, intervención con egresados y comunidad. Se revisaron más de 300 fuentes y se recopilieron más de 4.500 recomendaciones, las que fueron sintetizadas en 120 según su relevancia y nivel de saturación. Posteriormente, en conjunto con dos académicos externos y un equipo interno de la Fundación, se hizo una nueva revisión y selección que llegó a 90 recomendaciones, las que luego pasaron a ser calificadas por medio de la metodología RAM, que será explicada en el punto 2.4.

2.3.1 FUENTES REVISADAS

Para proporcionar la información requerida para la construcción de categorías y lograr extraer los estándares necesarios para una residencia infanto-adolescente de alta complejidad, se utilizaron:

A) DOCUMENTOS OFICIALES DE LOS MODELOS

En un comienzo se efectuó una revisión de documentos basados en operacionalización de programas con un enfoque basado en los derechos de los niños y adolescentes, siendo aquellos relacionados con la situación chilena en cuidados alternativos y proceso de desinstitucionalización efectuado en nuestro país en los primeros años de la década del 2000, los primeros en ser analizados.

Luego, se comenzó con una revisión de modelos específicos de residencia. En esta primera etapa se incorporó documentación de distintos modelos, los que mostraban diferentes visiones sobre cómo debe ser un programa residencial; luego se seleccionó aquellos que tenían algún tipo de evaluación de resultados y que tenían mayor nivel de saturación. Además se contó con asesoría de un experto a nivel internacional, Andrew Kendrick, especialista en residencias y en sistemas de protección de niños y adolescentes. Actualmente es miembro de la comisión estratégica del Centro de excelencia para el seguimiento de niños y adolescentes en Escocia (CELCIS, siglas en inglés) y del Centro de Justicia Criminal Juvenil (CYCJ, siglas en inglés), ambos vinculados a la Universidad de Strathclyde en Escocia. Kendrick asesoró al equipo de investigación sobre los diferentes modelos encontrados, dando claves para poder obtener más información sobre estos y otros modelos.

Por último, se incorporaron documentos que contenían revisiones, evaluaciones y compilaciones de los modelos. Mediante la exploración de los textos se identificaron aquellos conceptos que son transversales en los modelos de residencia, y con estos se amplió la búsqueda para acceder a temas más específicos.

Es importante mencionar que los criterios utilizados para incorporar modelos en la revisión fueron: disponibilidad de información mediante el uso de buscadores académicos indexados; flexibilidad de diseño para adaptarse a distintos contextos; y explicitación referente a que los modelos estuviesen basados en evidencia. También se incorporaron modelos ambulatorios como ART (Aggression Replacement Training) y TCI (Therapeutic Crisis Intervention), que complementan el trabajo de las residencias. Por último, también fue incorporado el ranking de modelos realizado por “The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare” de Estados Unidos y disponible en <http://www.cebc4cw.org/>.

Con lo anterior se utilizó una metodología de análisis documental con análisis de contenido, lo que permitió indagar en los datos por medio de dos estrategias: una de tipo cualitativa y otra de tipo cuantitativa, ambas complementarias para la sistematización de datos arrojados por la literatura. La estrategia cualitativa utilizada fue el análisis temático, mediante el cual cada artículo o texto fue categorizado según las ideas fundamentales que contenía, más que por su estructura u organización, buscando el sentido interno para obtener conclusiones pertinentes respecto a estándares y buenas prácticas en residencias. Para la organización de los contenidos, se realizó un cruce entre los siguientes 16 modelos y 30 categorías.

MODELOS:

1. CARE (Children and Residential Experiences)
2. TFMC (Therapeutic Family Model of Care Lighthouse family)
3. MultifunC (Multifunctional treatment in residential and community settings).
4. Sanctuary
5. TCI (Therapeutic Crisis Intervention)
6. Social Pedagogy

7. DDP (Dyadic Development Psychotherapy in Residential Child Care)
8. Resilience Model
9. Menninger Clinic Residential Treatment Program Model
10. TFM (Teaching Family Model)
11. ARC (Attachment, Self Regulation and Competency)
12. MAP(Model of Attachment Practice)
13. PPC (Positive Peer Culture)
14. ART (Aggression Replacement Training)
15. Re-ED (Re-Education of Children with Emotional Disturbance)
16. STOP – GAP Model

CATEGORÍAS:

1. Adaptabilidad
2. Cultura de la organizacional
3. Sistema de monitoreo
4. Desarrollo habilidades de trabajadores
5. Documentos de apoyo y manuales
6. Liderazgo
7. Capacitación
8. Reuniones de equipo y jóvenes
9. Intervención clínica
10. Gestión de crisis
11. Enfoque no confrontacional
12. Gestión de comportamiento
13. Trabajo con la comunidad
14. Trabajo con familia
15. Habilidades sociales
16. Modelling o modelaje
17. Participación
18. Comunicación
19. Autoregulación
20. Enfoque Competencia y Fortalezas
21. Enfoque Relaciones
22. Resiliencia
23. Enfoque de Trauma
24. Enfoque de Apego
25. Basado en necesidades
26. Perspectiva Holística

- 27. Basado en evidencia
- 28. Focalizado en niños
- 29. Perspectiva Desarrollo
- 30. Focalizado en adolescente

En el ámbito cuantitativo, se utilizó una técnica de estadística descriptiva, que permitió agrupar por frecuencia todas aquellas temáticas que iban apareciendo en la literatura sobre las 30 categorías mencionadas. De este modo, a partir de ambas metodologías se organizó la información de los más de 82 artículos revisados en la matriz mostrada en la Tabla N° 3, la que muestra por un lado en el eje de las columnas los modelos seleccionados y en el de las filas las categorías detectadas por saturación. En cada una de estas celdas se clasificaron enunciados presentes en los textos, que tienen una relación de sentido o conceptual con la categoría en la cual se posiciona.

Tabla N° 3: Modelos y categorías temáticas

Modelo/ Categorías	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
ART	X		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X								X			X						
ARC	X					X	X		X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X						
CARE	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Dyadic	X	X	X	X	X		X		X		X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
MAP	X			X	X		X	X	X		X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Menninger		X	X	X				X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		X	X	X					
MultifunC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X				
Positive Peer culture	X	X	X		X		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										X					
Re-ED	X				X		X	X	X			X		X	X	X					X	X			X	X		X			X	X				
Resilience Model	X		X	X	X		X	X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Sanctuary	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Social Pedagogy	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
STOP – GAP							X		X		X	X	X	X	X	X			X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X		
TCl	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Teaching Family Model	X	X	X	X	X		X					X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
TFMC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Total general	14	11	11	12	11	5	15	12	12	5	9	13	6	12	14	10	11	12	13	15	12	5	9	9	9	12	14	9	10	16	10	16	10	16		

B) ARTÍCULOS ACADÉMICOS Y DOCUMENTOS OFICIALES DE DIFERENTES PAÍSES

Es importante mencionar que la información obtenida por medio de la revisión de modelos no fue suficiente para responder a todas las inquietudes que había en torno a los estándares mínimos para una residencia infanto-adolescente, por lo que fue necesario ampliar el campo de búsqueda hacia artículos académicos y documentos oficiales de diferentes países respecto a la temática. La revisión de artículos académicos se realizó en buscadores indexados, tales como: Science Direct, Jstor, ProQuest, Research gate, Oxford Journals, Wiley Online library, Cambridge Journals, Scholar Google, Cyc-net, Psycinfo, Medline, Scielo, Pubmed, Dialnet, Celsis, entre otros. Adicionalmente, se revisaron revistas académicas específicas sobre protección en infancia y adolescencia, como Children and Youth Services Review, Residential Treatment for Children and Youth, Journal of Child and Family Studies, Child and Youth Services, Child Abuse & Neglect, Journal of Adolescence, International Journal of Social Welfare, entre otros. Estos portales y revistas permitieron acceder a evaluaciones de resultados, meta análisis, revisiones críticas y variada información relacionada con diferentes temáticos coherentes con la oferta residencial en el mundo.

Las palabras clave de entrada utilizadas en la búsqueda fueron: residencias infanto-adolescentes, jóvenes y residencias, buenas prácticas en residencias, vulneración de derechos en la infancia, protección especial de niños, cuidado de niños y jóvenes, child and youth care, children and care, residencias de protección niños y jóvenes, residential child care, cuidado alternativo, alternative care, niños y jóvenes sin cuidado parental, out of home care, therapeutic residential care, acogimiento residencial, instituciones, institutions, institutional care, hogares de niños, children homes, group homes, congregate care, family home program, family style residential care. Asimismo, se realizó una búsqueda específica en ocho dimensiones, definidas a partir de los temas levantados en el campo cualitativo y cuantitativo: contexto de política pública, infraestructura, equipo técnico en la residencia, gestión de la residencia, intervención con jóvenes, intervención con familia, intervención con egresados y comunidad. Todos en español e inglés. Además fue parte de la búsqueda cada uno de los modelos presentados, ya mencionados en la Tabla N° 3.

En cuanto a los documentos oficiales, se hizo una búsqueda abierta en todos los países que tuvieran normativa o documentos legales con estándares nacionales o regionales para programas residenciales de protección de infancia y adolescencia. Se utilizaron principalmente los documentos de Inglaterra, Escocia, Canadá, Estados Unidos, Australia y España, ya que fueron los que contaban con mayor información para responder a nuestras preguntas de investigación en las ocho dimensiones señaladas. De igual manera, se utilizaron normativas de servicios públicos de Chile, con prestaciones similares a las de residencias de protección, como el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Adicionalmente, se revisaron las normativas actuales del Sename.

La Tabla N° 4 muestra los países que entraron en la revisión y las dimensiones estudiadas por cada uno, además de la cantidad de recomendaciones o citas clasificadas en este cruce, donde se incorporaron tanto las desprendidas de la información oficial de los países, como las de los artículos académicos revisados.

Tabla N° 4: Países y dimensiones revisión literatura

País	Contexto política pública	Infraestructura	Equipo residencia	Gestión de la residencia	Int. con Jóvenes	Int. con familia	Int. con egresados	Comunidad	Total general
Alemania		1				1			2
Argentina							18		18
Australia	15	11	76	100	200	20	29	16	467
Bulgaria		4							4
Canadá		13	20	28	55	5	7	6	134
Chile		18							18
Dinamarca	1				2				3
Escocia	28	47	77	25	244	34	75	141	671
España	28	29	105	69	413	91	51	14	800
EE.UU.	69	33	59	33	292	49	65	6	606
Gales	1	7	10	3	23	1		1	46
Gran Bretaña	29	1	14	46	112	38	31	4	275
Holanda					4	5			9
India		1							1
Inglaterra	49	31	104	87	189	116	34	7	617
Internacional	17	10	33	20	108	40	29	8	265
Irlanda		9	21	20	120	17	7	4	198
Irlanda del Norte	2	56		11	134	13	24	9	249
Israel			3	1	3		3		10
Italia			10	5					15
Corea		1							1
Malta		2	1	5	58	12	19		97
Namibia		6							6
Noruega			2	2	21		5		30
N. Zelanda						5			5
Portugal					10				10
Sudáfrica				1	33				34
Suecia			1				1		2
Unión Europea	1	2		1	9	1	4		18
Uruguay							29		29
Total general	240	282	536	457	2030	448	431	216	4640

Luego, las 4.640 recomendaciones contenidas en la literatura pasaron por un proceso de filtro para poder reducir lo más posible la cantidad, sin perder elementos considerados esenciales como estándares mínimos para residencias terapéuticas especializadas para jóvenes. Por lo tanto, en un primer momento, por criterio de saturación se agruparon las recomendaciones en ocho dimensiones (las mismas que muestra la Tabla N° 4) y fueron escogidas las que representaban de mejor manera ciertas categorías. Esto lo realizó un equipo interno de la Fundación Hogar de Cristo que había sido participante activo de todo el proceso investigativo. Este equipo, conformado por tres profesionales, fue responsable de llegar a 200 recomendaciones que fueran representativas del proceso, priorizando aquellas con mayor frecuencia de menciones y de mayor relevancia para el contexto nacional. En esta primera instancia fueron eliminadas recomendaciones repetidas o que no entregaban información novedosa, fusionadas aquellas que se consideró eran complementarias y salvaguardadas aquellas que contenían toda la información necesaria por sí mismas.

Luego, en una segunda instancia se convocó a 8 profesionales de la Fundación, pertenecientes a diferentes Direcciones o Fundaciones (Dirección de Operaciones Sociales, Paréntesis y Dirección Social Nacional), con el objetivo de reducir lo más posible el número de recomendaciones, sin perder aquellas que eran consideradas estándares necesarios en cada una de las dimensiones. De este modo se siguió, con el consenso de los participantes, la misma metodología que en la primera instancia, cuyo proceso llevó a obtener 90 recomendaciones de estándares necesarios para una residencia infanto-adolescente especializada para jóvenes entre 12 y 21 años.

Por último, estas 90 recomendaciones fueron enviadas a dos profesionales que han estado vinculadas al tema por medio de investigaciones y trabajos en residencias infanto-adolescentes, con el objetivo de triangular la información y validar las conclusiones antes de incorporar la metodología RAM. Las profesionales participantes fueron Manuela García, PhD Universidad de Birmingham, docente de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, y Carolina Muñoz, PhD Universidad de Birmingham, Directora de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ambas realizaron comentarios y sugerencias que fueron integradas a las 90 recomendaciones, para luego dar paso al documento final que sería calificado por los expertos convocados.

2.4 METODOLOGÍA DE CONSENSO RAM

Para evaluar las 90 recomendaciones que surgieron de la revisión de la literatura internacional, se realizó una adaptación de la metodología de consenso RAM (RAND-UCLA Appropriateness Method), herramienta creada por RAND Corporation y The University of California, Los Angeles. Este es un método de consenso que evalúa, a través de un panel de expertos, la adecuación y necesidad de programas o intervenciones. Esta metodología contempla dos fases de evaluación: una calificación no presencial en que los expertos realizan una evaluación individual de las recomendaciones y una discusión presencial en que los expertos discuten las recomendaciones en conjunto (Fitch et al., 2001).

En la primera etapa, que se realizó durante marzo de 2017, participaron 47 expertos (41 nacionales y 6 internacionales), de diversos ámbitos ligados al cuidado alternativo de la infancia y adolescencia, como la academia, centros de estudios, instituciones de la sociedad civil, Sename, Consejo Nacional de la Infancia, Ministerio de Salud, Senda, Ministerio de Desarrollo Social y ex trabajadores de residencias Hogar de Cristo, entre otros. Las recomendaciones fueron traducidas al inglés para ser enviadas a académicos de Estados Unidos, Escocia e Inglaterra (revisar listado completo en la Tabla N° 5).

En esta fase los expertos calificaron la adecuación y necesidad de cada recomendación, además de entregar observaciones cualitativas. Según la metodología RAM, las recomendaciones son consideradas como adecuadas cuando el beneficio esperado (consecuencias positivas) es mayor que el daño posible (consecuencias negativas). El beneficio y el daño se definen respecto al bienestar físico, funcional

y subjetivo del usuario del programa. La calificación de adecuación tuvo una escala de 1 a 9, donde 1 significa que el daño esperado supera significativamente los beneficios esperados y el 9 significa que los beneficios esperados superan significativamente los daños posibles. Una puntuación de 5 puede significar que los daños y los beneficios son aproximadamente iguales o que el evaluador no puede hacer un juicio sobre la recomendación entregada.

La escala de adecuación es la siguiente:

CALIFICACIÓN								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalmente inadecuado								Totalmente adecuado

También se solicitó a los expertos que evaluaran el grado de necesidad de cada recomendación. Esta calificación debía realizarse sólo en aquellas recomendaciones evaluadas con puntuación 6 ó superior en la categoría de adecuación. El criterio de necesidad es más riguroso que el criterio de adecuación, y fue adaptado por el equipo investigativo para identificar aquellos procedimientos o medidas que deben realizarse de manera urgente en el corto plazo. Esta categoría sirve para detectar aquellas recomendaciones prioritarias, por ser cruciales para mejorar la calidad del programa.

La escala de necesidad está compuesta solo por tres opciones:

1. No necesaria	5. Puede ser necesaria	9. Necesaria
-----------------	------------------------	--------------

“**No necesaria**” significa que la recomendación puede ser integrada a largo plazo, es decir a partir del cuarto año del funcionamiento de la residencia.

“**Puede ser necesaria**” significa que la recomendación podría esperar; es decir, podría implementarse durante los tres primeros años de funcionamiento de la residencia o dependiendo de los recursos disponibles.

“**Necesaria**” significa que la recomendación debe realizarse de manera prioritaria desde el inicio del programa residencial.

Tanto para el caso de la evaluación de adecuación como de la necesidad, se les pidió a los participantes calificar sobre la base de su propia experiencia, pensando en un usuario promedio y sin considerar lo que otros expertos podrían decir u opinar. Tampoco debían tomar en cuenta la variable de los costos monetarios, puesto que, aunque las consideraciones de costos son un factor importante al decidir si un procedimiento debería ponerse a disposición de las personas atendidas, el método se centra en la pregunta inicial de si es adecuado o no, más allá de los costos relacionados.

Para clasificar las recomendaciones según su nivel de adecuación y necesidad se siguieron las indicaciones del manual de Fitch et al. 2001. Según este instructivo, una recomendación se considera adecuada o necesaria cuando se cumplen dos requisitos: la mediana de las calificaciones de los expertos para esa recomendación se encuentra en el tercio superior de la escala (7, 8, 9) y existe un grado de acuerdo entre los expertos.

El nivel de acuerdo se obtiene midiendo la dispersión de las respuestas dadas a cada recomendación (IPR) y comparando este número con una medida que integra la simetría de esta dispersión (IPRAS).

A continuación especificamos las fórmulas de cálculo de esta metodología (Fitch et al., 2001):

- $IPR = P.70 - P.30$
- $IPRAS = IPRr + (CFA * AI)$, donde IPRr es 2,35 y CFA es 1,5.
- Por lo tanto, $IPRAS = 2,35 + (1,5 * AI)$
- $AI = IPRCP - \text{Mediana de la distribución}$
- $IPRCP = (P.70 - P.30)/2$

Algunas definiciones:

- IPR: Interpercentile Range
- IPRAS: Interpercentile Range Adjusted for Symmetry
- IPRr: Interpercentile Range cuando existe simetría perfecta
- CFA: Correction Factor for Asymmetry
- AI: Asymmetry Index
- IPRCP: Central Point of IPR

De este modo se considera que, si el IPR es menor que el IPRAS, hay acuerdo entre el panel de expertos. En tal caso la recomendación se califica como:

- Adecuada/Necesaria (mediana de 7-9)
- Incierta (mediana de 4-6)
- Inadecuada/Innecesaria (mediana de 1-3)

Por el contrario, si el IPR es mayor que el IPRAS, hay desacuerdo entre los participantes y la recomendación se califica como incierta, independientemente de la mediana de sus calificaciones.

La segunda etapa de discusión presencial se llevó a cabo los días 24 y 25 de abril de 2017 y participaron 38 personas. En estas jornadas se desarrolló un debate sobre aquellas recomendaciones con mayor disenso y mayor cantidad de observaciones cualitativas. En la Tabla N° 5 se indican las personas que formaron parte del panel de expertos, señalando con un asterisco la o las fases en que colaboraron.

Tabla N°5: Participantes del panel de expertos

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
1	Alejandra Cortázar. Doctora en Educación con mención en Políticas Públicas en Educación Inicial y Magíster en Psicología del Desarrollo de Teachers College de Columbia University. Psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinadora de Educación, Centros Estudios Primera Infancia.	*	*
2	Alejandra Riveros. Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile. Postítulo en Derecho y Políticas Públicas para la Infancia y Adolescencia, Universidad Diego Portales. Diplomada en Derecho de Familia, Universidad de Chile. Abogada, Universidad de Chile. Directora de Advocacy y Asuntos Públicos en Aldeas Infantiles SOS Chile.	*	*
3	Ana María Leal. Trabajadora Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora Centro de Investigación y Desarrollo, Fundación San José.	*	

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
4	Andrés Millar. Trabajador Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Director de Operaciones Sociales en Hogar de Cristo.	*	*
5	Anuar Quesille. Oficial de Protección, Unicef Chile.		*
6	Bernardita Cárdenas. Profesora de castellano, Pontificia Universidad Católica. Coordinadora del Área de Diseño y Evaluación del Departamento de Protección y Restitución de Derechos, Deprode, Sename.	*	*
7	Camilo Morales. Magister Clínica Psicoanalítica con Niños y Jóvenes, Universidad Alberto Hurtado. Psicólogo, Universidad Diego Portales. Director Programa Acompañamiento Familiar y Procesos de Desinternación, Corporación Casa del Cerro.	*	
8	Candy Fabio. Licenciada en Educación, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Postítulo en Educación (Universidad Central). Diplomada en Resiliencia, Universidad de Santiago). Consultora externa de UNICEF Chile para las áreas de políticas sociales y protección. Especialista en políticas de protección social y protección especializada.	*	*
9	Carlos Vohringer. Magíster en Psicología Clínica, Universidad Católica. Psicólogo, Universidad de Chile. Terapeuta familiar del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Director Ejecutivo Fundación Paréntesis.	*	*
10	Carolina Muñoz. Doctora en Política Social de la Universidad de Birmingham, Reino Unido. Magíster en Trabajo Social de Boston College, Estados Unidos. Licenciada en Ciencias Sociales, ILADES Pontificia Universidad Gregoriana de Roma. Asistente Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile.	*	*
11	Carolina Velasco. Master in Social Work, (especialización en) Clinical Concentration, Boston College. Psicóloga, Universidad Diego Portales. Académica, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile.	*	*
12	Clarice da Silva e Paula. Especialista en Protección infantil, Unicef.		*

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
13	Christina Groark. Ph.D. Special Education/Research, University of Pittsburgh, Estados Unidos. Associate Professor, Psychology in Education, Program in Applied Developmental Psychology, School of Education, University of Pittsburgh.	*	
14	Claudia Quinteros. Psicóloga, Pontificia Universidad Católica. Asesora Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.	*	*
15	Cristian Núñez. Licenciado Trabajo Social, Mención Desarrollo Local, Universidad Católica Silva Henríquez. Postítulo en Estudios de La Familia Universidad Católica de Chile. Consejero Técnico, 2° Juzgado de Familia de Santiago.	*	*
16	Daniela Díaz. Magíster en Sociología, Universidad Católica de Chile. Diplomada en Evaluación y Gestión de Proyectos, y Licenciada en Trabajo Social, Universidad Católica de Chile.	*	
17	David Berridge. PhD. University of Bristol. B.S. Brunel University. Director del Centre for Family Policy and Child Welfare, University of Bristol, Inglaterra.	*	
18	Felipe Estay. MSc Social Policy and Planning, London School of Economics and Political Science. MSc Sociology, University of Bristol. Sociólogo, Universidad Alberto Hurtado. Consultor en Políticas Sociales e Innovación Social BPublic.	*	*
19	Francis Valverde. Bachelor in Science ©, York University, Canadá. Magíster en Ciencias Sociales Mención Sociología de la Modernización, Universidad de Chile. Postítulo en Evaluación y Currículo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Pedagogía en Ciencias Naturales y Biología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora ejecutiva ACHNU.	*	*
20	Francisca de Iruarrizaga. Magíster en Políticas Públicas en Desarrollo Internacional (MPA/ID), Universidad de Harvard. Magíster en Economía con mención en Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. Economista, Pontificia Universidad Católica de Chile.	*	*

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
21	Francisco Estrada. Magíster en Derecho de Infancia, Adolescencia y Familia, Universidad Diego Portales. Abogado, Pontificia Universidad Católica de Chile. Abogado litigante en derecho de familia. Director Ejecutivo Corporación Infancia, Familia y Justicia, INFAJUS.	*	*
22	Francoise Hahn. Psicóloga, Universidad de Tarapacá. Coordinadora Área de Residencias, Departamento de Protección de Derechos, Servicio Nacional de Menores SENAME.	*	*
23	Gloria Negroni. Master en Derechos Fundamentales, Género Infancia y Familia, Universidad de Jaen y Málaga, España. Abogada, Licenciada en Ciencias Jurídicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. Jueza 3° Juzgado Familia de Santiago.	*	*
24	Harry Ortuzar. Doctorando © Psicología y Calidad de Vida, Universidad de Girona, España. Abogado, Universidad Alberto Hurtado. Docente Postgrado Universidad Tecnológica de Chile.	*	*
25	Jaime Sapag. PhD Public Health Sciences, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. Master of Public Health, Harvard University. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.	*	*
26	Joaquín Subercaseaux. Magíster en Gestión y Políticas Públicas Universidad de Chile. Dirección de Evaluación, Estudios y Desarrollo Sustentable, FOCUS	*	*
27	Jorge Fernández del Valle. Ph.D. Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Psicólogo, Universidad de Salamanca. Director del Grupo de Investigación Familia e Infancia, GIFI. Académico Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, España.	*	
28	Jorge Martínez Muñoz. Máster of Art en Sociología, Universidad Católica de Lovaina. Candidato a Magíster en Desarrollo Organizacional, Universidad Diego Portales. Licenciado en Política Económica y Social de la Universidad Católica de Lovaina. Jefe Área Estudio y Desarrollo, Fundación Mi Casa.	*	*
29	Juan Andrés Mosca. Magister en Administración de Salud, Universidad de Los Andes. Psiquiatra Infanto Juvenil, Universidad de Santiago de Chile. Diplomado en adicciones. Director nacional de postgrado Facultad de Medicina Universidad San Sebastián.	*	*

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
30	Leon Fulcher. PhD. Applied Social Sciences, The University of Stirling, Escocia. Child and Youth Care Consultant, The International Child and Youth Care Network.	*	
31	Manuela García. PhD., School of Psychology, University of Birmingham. Magíster en Psicopatología Clínica Infanto-Juvenil, Universidad Autónoma de Barcelona. Psicóloga, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Académica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.	*	*
32	María Isabel Robles. Magister en Investigación Participativa para el Desarrollo Local, Universidad Complutense Madrid y Universidad de Santiago de Chile. Asistente Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana. Directora Ejecutiva Fundación Rostros Nuevos.	*	
33	María Luisa Sepúlveda. Trabajadora Social, Universidad Católica de Valparaíso. Directora Fundación Hogar de Cristo. Directora Aldeas Cardenal Silva Henríquez. Presidenta Fundación Museo de la Memoria y los Derechos Humanos.		*
34	María Paz Badilla. Psicóloga, Universidad Central. Terapeuta Familiar y de Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Directora Ejecutiva, Fundación Ideas para la Infancia.	*	*
35	María Teresa Sepúlveda. Jefa Departamento Colaboración y Desarrollo, Fundación Ciudad del Niño.	*	*
36	Mark Smith. PhD, University of Edinburgh. Master of Education, University of Edinburgh. Master of Arts, University of St Andrews. Senior lecturer in social work in the School of Social and Political Science, The University of Edinburgh.	*	
37	Matías Irrarázaval. Magíster en Salud Pública, Universidad de Harvard. Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Universidad de Chile. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Investigador Adjunto Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad.	*	
38	Matías Marchant. Magíster en Filosofía, Universidad de Chile. Psicólogo y Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales. Director de la Corporación Centro de Salud Mental Casa del Cerro. Académico, Universidad de Chile.	*	

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
39	Mauricio Carreño. Psicólogo, Universidad Diego Portales. Director del Centro de Innovación y Estudios de la Corporación Crédito al Menor.	*	*
40	Mauricio Gómez. Psiquiatra, Universidad de Chile. Jefe del Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.	*	*
41	Miguel Cillero. Doctor en Derecho, Universidad Pablo de Olavide. Abogado, licenciado de Derecho, Universidad de Chile. Académico de la Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales. Académico Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.	*	*
42	Mónica Contreras. Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local, Universidad de Artes y Ciencias Sociales. Socióloga, Universidad La República. Egresada Diplomado Internacional de Especialización en Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Políticas Públicas, Fundación Henry Dunant América Latina. Profesional Unidad de Niñez, Ministerio de Desarrollo Social.	*	*
43	Mónica Jeldres. Máster en Tutela Judicial Efectiva de Derechos Fundamentales de Género y Menores, Universidad de Jaén, España. Abogada, Universidad Central de Chile. Jueza del Segundo Juzgado Tribunales de Familia	*	*
44	Pablo González. Ph.D. en Economía, University of Cambridge. Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile. Director académico Centro Sistemas Públicos y profesor adjunto Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile. Investigador Principal, Centro de Investigación para la Educación Inclusiva.	*	
45	Paula de la Cerda. Psicóloga, Universidad del Desarrollo. Directora Social Corporación María Ayuda.		*
46	Priscila Valladares. Psicóloga, Universidad de Chile. Diplomada en Niñez y Políticas Públicas, Universidad de Chile. Diplomada en Promoción de la Parentalidad Positiva, Fundación Ideas para la Infancia. Profesional Unidad Familia de Acogida Especializada- Área de Cuidado Alternativo. Departamento de Protección y Restitución de Derechos, Servicio Nacional de Menores.	*	*

N°	Nombre, grado académico y cargo	Primera fase	Segunda fase
47	Ricardo H.C. Evangelista. Master of International Development Policy, Duke University. Ingeniero civil de Industrias, Pontificia Universidad Católica de Chile. Director Ejecutivo, María Ayuda Corporación de Beneficencia.	*	*
48	Robert McCall. PhD. University of Illinois. Co-Director Office of Child Development and Professor of Psychology, The University of Pittsburgh, Estados Unidos.	*	
49	Soledad Larraín. Magíster en Psicología Clínica, Estudios Sistemáticos Avanzados de la Familia y la Pareja, Universidad Alberto Hurtado. Psicóloga, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora Área Intersectorial del Consejo Nacional de la Infancia.	*	*
50	Teresa Izquierdo. Psicóloga, Universidad Católica. Subdirectora FOCUS.		*
51	Víctor Martínez Ravanal. Magíster en Filosofía, Universidad Alberto Hurtado. Psicólogo, Universidad de Chile. Académico, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.	*	
52	Xavier Oriol. Doctor en Psicología, Universidad de Lleida, España. Psicopedagogo y Educador Social, Universidad de Lleida, España. Académico Universidad Andrés Bello, Chile.	*	*



3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se muestran los resultados de la investigación realizada por Fundación Hogar de Cristo, con el fin de conocer en profundidad el funcionamiento de las residencias que opera la institución y aprender sobre los modelos residenciales de protección utilizados en otros países. En una primera etapa, el objetivo de la investigación fue acceder a las percepciones, inquietudes y necesidades de los diferentes usuarios en relación al servicio otorgado por las residencias, este proceso también incluyó equipos, egresados y familias. Tal como se explicó en el capítulo anterior, para estos fines se realizó un estudio cuantitativo y un estudio cualitativo que posteriormente dio paso a profundizar y establecer nudos críticos que permitieran canalizar la búsqueda de respuestas, luego en la revisión de literatura nacional e internacional, para luego nutrir todo esto con una metodología de consenso, como es la propuesta por RAM.

A continuación se muestran los resultados de todo este proceso; la intención en este apartado es, en primer lugar, mostrar lo más fielmente posible las inquietudes y percepciones de las personas que otorgan y utilizan los servicios de residencias, para que así se pueda dimensionar lo importante que resultaba buscar respuesta en buenas prácticas y experiencias internacionales, para luego poder establecer estándares que permitieran realizar un modelo técnico que efectivamente mejorara la calidad de vida y bienestar de los jóvenes que viven en residencias.

3.1

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO EN RESIDENCIAS HOGAR DE CRISTO

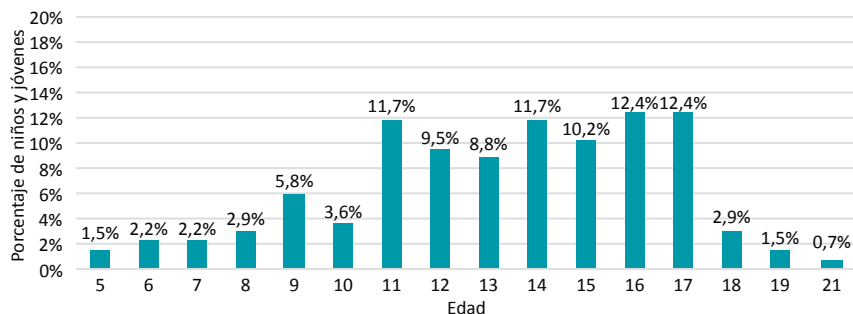
Como se señaló anteriormente en el capítulo 2 sobre la metodología, se realizó una caracterización de la población de las 8 residencias ejecutadas por el Hogar de Cristo, en torno a ocho dimensiones: datos generales, educación, consumo problemático de alcohol y drogas, salud mental, salud física, situación familiar, situación de maltrato e historia en el sistema de protección. A continuación, se presentan las principales conclusiones de esta indagación.

3.1.1 DATOS GENERALES

Con respecto a la distribución del sexo, el 74,5% de los residentes son mujeres, mientras que el 25,5% son hombres¹⁰. El rango etario, por su parte, va desde los 5 hasta los 21 años, con un promedio de 13,3 años. La mayor parte de los niños y jóvenes se concentran entre los 11 y los 17 años (Gráfico 1).

Los datos nos muestran que existe una importante dispersión en las edades de los niños y jóvenes en la residencia, lo que, según lo que señalan los equipos, dificulta el tipo de intervención que se realiza al interior del programa, porque las necesidades de los niños y adolescentes difieren significativamente según el ciclo vital en que se encuentran. Además, esta diferencia etaria incrementaría los problemas de convivencia y los conflictos al interior del centro.

Gráfico 1: Distribución etaria en residencias Hogar de Cristo



Base: Total niños y jóvenes (137)

3.1.2 TRAYECTORIA EN RESIDENCIA Y SISTEMA DE PROTECCIÓN

En cuanto a las causales de ingreso a las residencias de protección del Hogar de Cristo, la negligencia parental destaca como la causal más recurrente con el 31,4% del total de menciones, seguido por el peligro material o moral del niño o adolescente (15,4%), víctimas de abuso sexual (12,7%), y niños y adolescentes derivados de otro programa

¹⁰Esta distribución da cuenta de que, de las 8 residencias de protección que administra el Hogar de Cristo, 6 son de mujeres y 2 son de hombres.

(10,6%). Al respecto, se constata que las principales causales de ingreso que maneja el sistema judicial no son lo suficientemente precisas para informar las razones específicas por las que el niño o joven ingresa a una residencia, como es el caso de negligencia parental o peligro material o moral, quedando a interpretación de los equipos de cada residencia.

Por otra parte, en los últimos doce meses el 53,5% de los niños y jóvenes ha hecho abandono del sistema, de los cuales un 26,1% ha abandonado una vez, la misma proporción entre dos y tres veces, un 34,8% entre cuatro y diez veces, y un 13,0% ha abandonado su residencia en más de 15 ocasiones. Esto podría deberse a que el programa no sería capaz de dar respuesta a las múltiples necesidades de los jóvenes, quienes terminan buscando una respuesta en otro lugar. Además, los jóvenes manifiestan sentirse encerrados y aburridos al interior de la residencia, por lo que muchas veces optan por hacer abandono del establecimiento. Adicionalmente, otro de los factores que explicaría esta situación es la lejanía de la residencia respecto la vivienda de los jóvenes y la dificultad para ver a su familia y amigos (Bowden y Lambie, 2015).

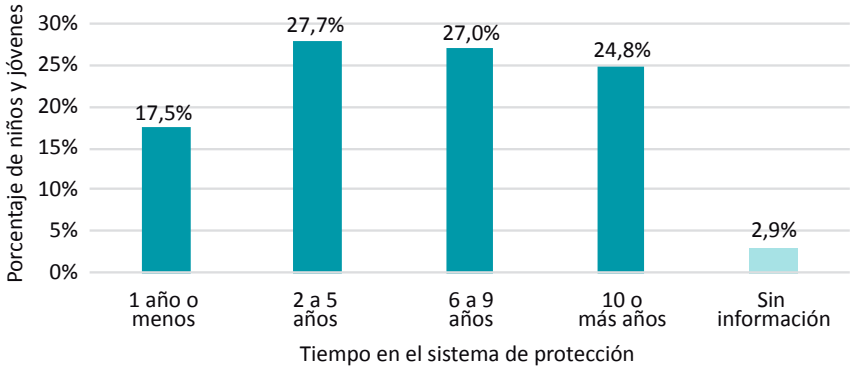
Con respecto a cómo los equipos identifican perfiles para la planificación de la intervención, según la evaluación del equipo técnico el 50% de los niños y jóvenes presenta un perfil apto para la reunificación con familia nuclear o extensa, un 45,3% presenta un perfil acorde a la larga permanencia/preparación para la vida independiente, y un 4,7% para la reunificación familiar con un tercero significativo.

En torno al tiempo que los niños y adolescentes han vivido en las residencias, el tiempo de permanencia promedio es 1 año y 4 meses, donde el mínimo de tiempo que se encontró fue de 1 mes y el máximo de 8 años de estadía. Del total de residentes, el 53,3% tiene menos de un año viviendo en la residencia, un 32,8% lleva entre 1 y 2 años, y un 13,9% más de 2 años. Por otro lado, con respecto al tiempo de permanencia en el sistema de protección¹¹, el mínimo de tiempo observado es de 1 mes, y el máximo de 17 años y 5 meses,

¹¹Se consideran todos los programas del sistema de protección del SENAME, en el cálculo viene incluido el tiempo de permanencia en la residencia en la que actualmente se encuentra vigente.

con un tiempo de permanencia promedio de 6 años y 7 meses. El Gráfico 2 permite observar la distribución de los jóvenes según su tiempo total de permanencia en el sistema de protección, donde un 17,5% lleva menos de 1 año, un 27,7% entre 2 y 5 años, un 27,0% entre 6 y 9 años, y un 24,8% lleva 10 años o más.

Gráfico 2: Tiempo de permanencia en sistema de protección



Base: Total niños y jóvenes (137)

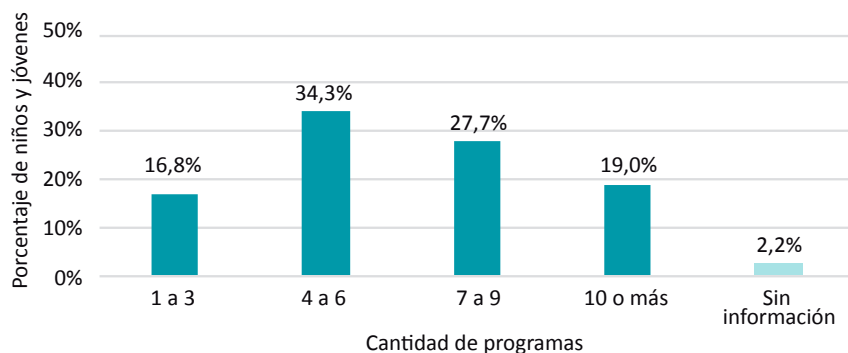
Estas cifras abren un interrogante respecto a la “transitoriedad” de los programas residenciales. Las bases técnicas de Sename señalan que en consideración al interés superior del niño y su derecho a vivir en un ambiente familiar permanente, la estadía en un centro residencial debe extenderse por el menor período de tiempo posible; la estadía no debiese extenderse por lapsos superiores a 12 meses (Sename, 2016). En este sentido, la evidencia plantea que es fundamental que el tiempo de permanencia se defina caso a caso y de manera flexible dependiendo de las necesidades de cada joven. Incluso, para muchos jóvenes la larga permanencia en la residencia puede tener resultados positivos en el largo plazo (Thoburn, 2016; García y Hamilton, 2016).

Con respecto a la cantidad de programas del sistema de protección, tanto residenciales como ambulatorios, por los que han pasado los niños y jóvenes, el Gráfico 3 indica que el 16,8% de ellos han estado entre 1 y 3 programas (incluido la residencia donde se encuentran vigentes), un 34,3% entre 4 y 6 programas, un 27,7% entre 7 y 9 programas, y un 19,0% ha estado en 10 o más programas. El caso de

mayor número de rotaciones ha pasado por 19 programas y los casos con menos colocaciones son los que la residencia del Hogar de Cristo es el primer dispositivo de protección en que ha estado. El número de programas distintos promedio es de 6,7 programas.

La cantidad de programas distintos por los que pasan los niños y jóvenes es un problema preocupante. La literatura señala que uno de los factores que generan más daño en los jóvenes son las múltiples colocaciones en el sistema de protección, las que dejan intervenciones inconclusas, generan nuevos duelos y hacen aún más complejo que ellos puedan generar vínculos positivos y de confianza (Jakobsen, 2013; Hyde y Kammerer, 2009; Ward, 2009).

Gráfico 3: Trayectoria programática



Base: Total niños y jóvenes (137)

3.1.3 MALTRATO

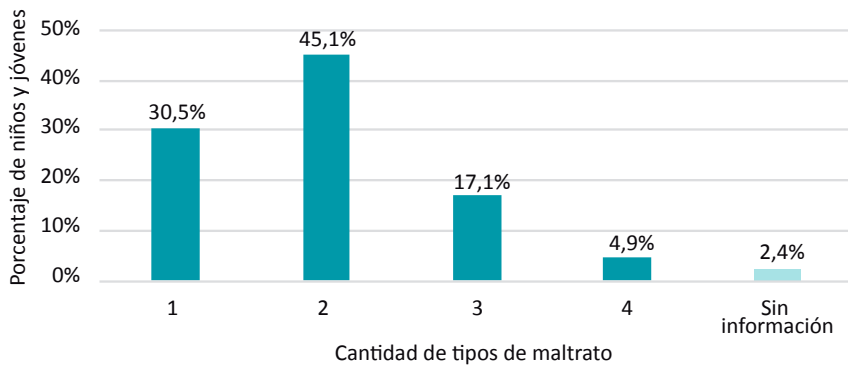
Con respecto a las experiencias de maltrato que los niños y adolescentes han vivido antes de ingresar a las residencias, el 60% presenta antecedentes de maltrato. De ellos, el tipo de maltrato más recurrente es el maltrato psicológico-emocional, presente en el 76,8% de los casos. Asimismo, destaca el abuso sexual (52,4%), el maltrato físico sin lesiones (17,1%), el maltrato físico leve (13,4%), violación (7,3%), y maltrato físico grave (4,9%)¹². De entre quienes

¹²Pregunta de respuesta múltiple, lo que quiere decir que hay niños y jóvenes con más de un tipo de maltrato experimentado.

presentan experiencias de maltrato, un 30,5% ha vivido un tipo de maltrato (Gráfico 4), un 45,1% dos tipos de maltrato, un 17,1% tres tipos de maltrato, y 4,9% ha experimentado cuatro tipos de maltrato.

Por lo tanto, se trata de una población con experiencias de trauma profundas y reiteradas. En este sentido, si los programas residenciales quieren dar respuesta a estas necesidades, es fundamental que los equipos estén capacitados en una intervención sensible al trauma, en un ambiente seguro y de confianza (Barton et al., 2012). Esto significa que los centros residenciales deben realizar un cambio profundo en su estructura, ya que tal como señala Bloom (2005, p. 63), “los niños que han sido traumatizados no pueden sanarse dentro de organizaciones traumatizantes, y, de lo contrario, este tipo de organizaciones pueden empeorar los problemas de los niños”.

Gráfico 4: Experiencias de maltrato



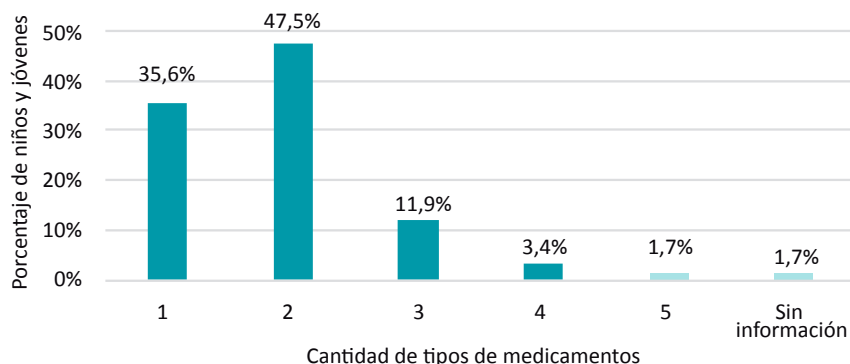
Base: Niños y jóvenes que han vivido experiencias de maltrato (82)

3.1.4 SALUD MENTAL

El 49,6% de los niños y jóvenes presenta un diagnóstico psicológico realizado por un psicólogo, y el 47,4% tiene un diagnóstico psiquiátrico realizado por un psiquiatra/neurólogo. Sin embargo, a juicio de los equipos técnicos de las residencias, el 87,6% de los jóvenes requiere atención psicológica, y el 59,1% atención psiquiátrica. En relación con esto, el 43,1% consume actualmente medicamentos psiquiátricos. Sobre los medicamentos con mayor

consumo, está la Risperidona, donde un 42,7% de los niños y jóvenes que toman medicamentos consumen este en particular, mientras que un 27,1% consume Sertralina, un 25,4% Quetiapina, un 16,9% Aradix y la misma proporción Fluoxetina. El 66,1% de quienes toman medicamentos psiquiátricos consumen más de un tipo, como se observa en el Gráfico 5; el 35,6% consume un tipo de medicamento, un 47,5% consume dos medicamentos, el 11,9% consume tres medicamentos, un 3,4% consume cuatro medicamentos y el 1,7% consume cinco medicamentos psiquiátricos. Hay que destacar que 27,1% de quienes consumen medicamentos psiquiátricos tiene 11 años o menos, con un caso de 5 años y otro de 6 años.

Gráfico 5: Medicamentos psiquiátricos simultáneos



Base: Niños y jóvenes que consumen medicamentos psiquiátricos (59)

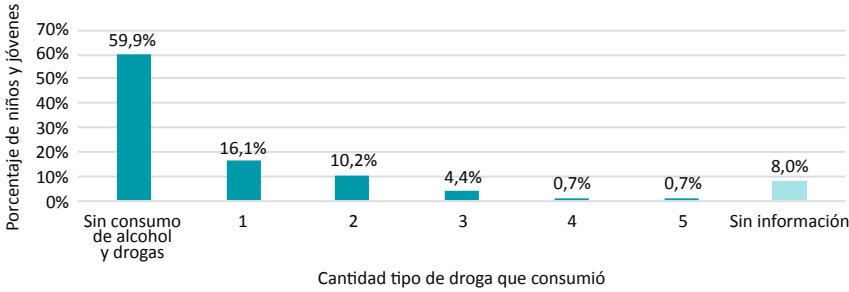
3.1.5 CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Con respecto al consumo de alcohol y drogas, el 32,1% de los residentes ha consumido alcohol o algún tipo de drogas en los últimos doce meses, de los cuales el 68,2% presenta consumo problemático¹³. De entre quienes presentan prevalencia de consumo en un año, el 63,6% consumió algún tipo de bebida alcohólica, un 56,8% marihuana, un 13,6% consumió al mismo tiempo alcohol con fármacos y el 11,4% consumió pasta base. Por último, del total de

¹³Se identificó como consumo problemático cuando, a causa del consumo, han dejado de cumplir sus deberes en la escuela o residencia, han puesto en peligro su integridad física, han tenido problemas con la autoridad pública o la ley, o han tenido problemas con familiares o amigos.

residentes, el 16,1% consumió un tipo de droga o alcohol (Gráfico 6), un 10,2% consumió dos tipos, y el 4,4% consumió tres tipos de drogas y/o alcohol.

Gráfico 6: Policonsumo de alcohol y/o drogas en un año



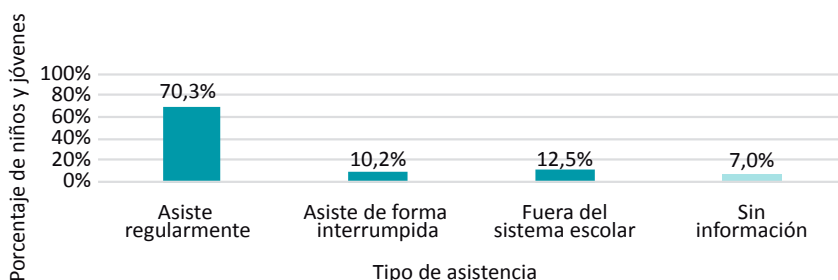
Base: Total niños y jóvenes (137)

Es importante señalar que la evidencia muestra que muchos de estos problemas de salud mental y consumo problemático están asociados a las experiencias de trauma del punto anterior. Bloom (2005) asegura que los niños que han sido expuestos a violencia muestran cambios alarmantes en su desarrollo neurobiológico y fisiológico. Estos niños despliegan diversos caminos para adaptarse a una estabilidad psicológica desordenada y desregulación emocional, algunos se convertirán en adictos a drogas y/o alcohol, otros desarrollarán programas de desorden alimentario, para otros cuadros de ansiedad y depresión serán el problema predominante. Estas consecuencias pueden extenderse incluso hasta la adultez si no son tratadas a tiempo.

3.1.6 EDUCACIÓN

En torno a la educación, en el Gráfico 7 se observa que entre los niños y adolescentes con edad para estar en educación escolar (básica y media) el 70,3% asiste regularmente a un establecimiento educacional. Sin embargo, un 10,2% lo hace de manera interrumpida y un 12,5% se encontraría fuera del sistema escolar.

Gráfico 7: Tipo de asistencia educación escolar



Base: Total niños y jóvenes de 6 a 17 años (128)

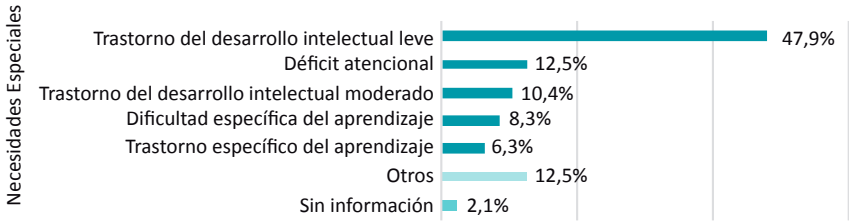
Considerando a quienes asisten a un establecimiento educacional, tanto de forma regular como interrumpida, se tiene que el 71,8% de los niños y jóvenes asisten a un establecimiento escolar convencional, mientras que un 21,4% lo hace en un establecimiento diferencial y un 6,8% en programas especiales de educación, tales como programas de alfabetización, nivelación de estudios o por sistema de exámenes libres.

Con respecto a los dos niños de 5 años de edad que se encontraban vigentes en las residencias al momento del estudio, ambos asistían a establecimientos de educación pre escolar. Y sobre los 7 casos mayores de 18 años que se encontraban vigentes en las residencias, 5 se encontraban en programas de nivelación de estudios o por sistemas de exámenes libres para terminar la educación media, y los 2 casos que terminaron la media, solo 1 estaba matriculado en un establecimiento de educación superior.

Con respecto a las dificultades en la educación, los equipos técnicos identifican que el 43,8% de los niños y jóvenes presentarían dificultades de aprendizaje, aunque solo un 35% del total tiene un diagnóstico especializado sobre necesidades especiales de educación. Dentro de las necesidades diagnosticadas, como se observa en el Gráfico 8, destaca que casi la mitad corresponde a un trastorno del desarrollo intelectual leve (47,9%), seguido por un 12,5% que presentaría déficit atencional y un 10,4% con trastorno del desarrollo intelectual moderado.

Creemos que es fundamental que el sistema educacional priorice la educación de estos jóvenes, que requieren de un apoyo mayor para poder superar sus años de rezago y retraso, junto con sus problemas de aprendizaje o necesidades especiales de educación. De esa forma, la residencia debe contar con personal calificado para apoyar a los jóvenes y acompañarlos de manera personalizada en su relación con el establecimiento educacional.

Gráfico 8: Diagnósticos de necesidades especiales en educación



Base: Niños y jóvenes con necesidades especiales de educación (48)

3.1.7 FAMILIA

En torno a la situación familiar de los niños y jóvenes, el 60,6% se encuentra en proceso de intervención familiar, un 15,3% en período de acercamiento familiar, y un 19% se encuentra en situación de abandono¹⁴. Sobre esto último, el 15% de los jóvenes abandonados se encuentra susceptible de ser adoptado, el 8% está en proceso de adopción, y un 31% no está susceptible de adopción. En torno a los tipos de intervención familiar que se realizan, el 56,6% se circunscribe a la mantención del vínculo con la familia o con algún adulto significativo, mientras que el 27,7% se encuentra en proceso de reunificación familiar (nuclear, extensa o tercero significativo) y un 15,3% en despeje familiar (nuclear o extensa). Sobre los intentos de mantención y reunificación, en el 50% de los casos la intervención se realiza con la madre del joven (Gráfico 9), seguido por el padre (15,7%), algún hermano/a (14,4%) y abuelo/a (10%).

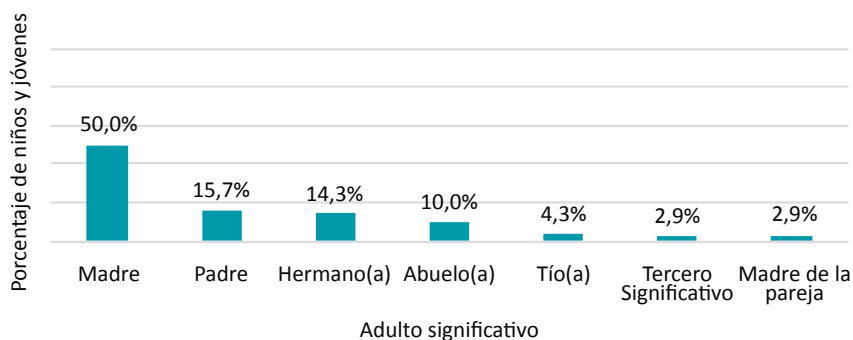
En torno a los factores correspondientes a la familia o al tercero significativo que, según el juicio de los equipos técnicos, han

¹⁴Los cuales presentan un promedio de 15 meses en situación de abandono

dificultado el proceso de reunificación, destacan los problemas habitacionales con 14% del total de menciones, problemas de salud mental (12%), consumo problemático (12%), habilidades parentales disminuidas (11%), e incapacidad para generar ingresos (8%).

En este punto es primordial debatir qué tan determinante son la pobreza y la exclusión social en la imposibilidad o dificultad de reunificación familiar. Al respecto, creemos que la política pública debería apoyar a estas familias para tener las condiciones materiales mínimas para ejercer su paternidad o maternidad. Esto sobre todo en el caso de las madres, ya que se sabe que ellas enfrentan mayores desventajas y mayor dificultad para poder cumplir con las exigencias del Tribunal de Familia (Wells y Shafran, 2005; Marcenko, et al., 2011).

Gráfico 9: En caso de mantención y reunificación, ¿con qué adulto se trabaja principalmente?



Base: Niños y jóvenes con trabajo en mantención de y reunificación familiar (70)

3.2

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO EN RESIDENCIAS HOGAR DE CRISTO

Los resultados del estudio cualitativo profundizan en las experiencias relacionadas a las residencias. Muestra las percepciones y vivencias de los niños, jóvenes, egresados del sistema, familias y equipos de

trabajo en relación a la cotidianidad al interior de las residencias, trabajo con familias y en la interacción con otras instituciones que les brindan servicios de educación, salud, entre otros. Todo esto da cuenta de la crisis que vive el sistema y de la urgente necesidad de un cambio paradigmático en los estándares de calidad para que estos niños y jóvenes reciban una atención que promueva bienestar, posibilidades de reparación vincular e inclusión social.

3.2.1 PERCEPCIONES SOBRE LOS RESIDENTES Y SUS PROBLEMÁTICAS

A) TRAYECTORIAS ADVERSAS Y SUS CONSECUENCIAS

Entre los factores comunes que caracterizan a los niños y adolescentes que son atendidos en las residencias de protección del Hogar de Cristo, se encuentra el haber vivido graves vulneraciones a sus derechos fundamentales. Si bien este elemento no constituye un hallazgo en sí mismo, se encuentra relacionado con una serie de situaciones y dinámicas que permean las condiciones de vida y de trabajo dentro de las residencias. Al respecto, los daños de esta población infanto-adolescente estarían asociados al permanente daño del que han sido objeto, lo que muchas veces los lleva hoy a requerir de intervenciones de alta especialización. El haber tenido necesidades permanentemente insatisfechas puede ser la causa de visualizar hoy en estos niños y jóvenes dificultades psicológicas y psiquiátricas, trayectorias escolares interrumpidas, dificultades de aprendizaje, consumo problemático de alcohol y otras drogas¹⁵. Todo lo anterior relacionado al contexto de pobreza y exclusión en el cual han nacido y crecido. Las características señaladas son ampliamente tematizadas por los equipos de trabajo que, además, observan un incremento gradual de lo que ellos señalan como “complejidad” en los perfiles de los niños y los jóvenes que ingresan actualmente a las residencias. Esta percepción es notoria particularmente entre los trabajadores de mayor antigüedad, quienes describen a los residentes de generaciones anteriores como “más normales” que los actuales:

¹⁵Ver apartado siguiente “Caracterización cuantitativa de población de residencias Hogar de Cristo”.

“Las niñas llegan con un nivel de daño más elevado, tienen consumo de drogas y las vulneraciones son múltiples (...) y eso genera también que sus dificultades conductuales sean mucho más complejas” (jefatura, Residencia 3).

B) PERCEPCIONES Y AUTOPERCEPCIONES DE LOS NIÑOS Y JÓVENES

En línea con lo mencionado, en las descripciones que realizan diferentes entrevistados sobre los niños y jóvenes, en sus relatos destacan más las carencias y dificultades por sobre sus fortalezas y/o capacidades, lo que es perceptible tanto en las entrevistas a los equipos de trabajo como en las realizadas a los residentes cuando se describen a sí mismos o a sus pares. Entre las representaciones que se construyen para describir a los niños y jóvenes destaca la de “niños complicados”, donde se visualiza una baja comprensión de resultados conductuales de sistemáticas vulneraciones de derechos. En general se asocian a ellos problemas para controlar y expresar sus emociones, conductas agresivas, como también dificultades en instancias de interacción y creación de vínculos. En este sentido, se aprecia una dualidad entre quienes muestran una propensión a establecer relaciones muy cercanas, rápidas e intensas o, por el contrario, con mucha reticencia a desarrollar relaciones de confianza, cercanía y calidez, lo que muestra las dificultades que muchos tienen en establecer relaciones vinculares íntimas, basadas en la incondicionalidad y confianza. Por otra parte, los mismos niños y jóvenes expresan imágenes negativas de sí mismos, sobre cómo son, cómo se comportan y cuáles sentimientos priman en sus vidas, con una cantidad considerable de entrevistados que señalan sentirse tristes y/o con rabia, además de experimentar soledad y tristeza como consecuencia de vínculos interpersonales deteriorados o por la falta de ellos:

“Me enojo mucho y tiro las puertas y esas cosas. Mi carácter es súper feo, cuando me enojo no me tiene que hablar nadie o si no me espanto más” (joven vigente, A2, mujer, Residencia 2, 13-21 años).

Esta visión negativa se complementa con bajas expectativas sobre el futuro de los niños y jóvenes por parte de los equipos, resaltando como excepciones aquellas percepciones positivas en referencia a casos exitosos. Priman las referencias al riesgo de volver a las dinámicas que originaron la entrada a la residencia (particularmente en los casos de reunificación familiar), o sobre el momento de egresar a la vida independiente; se manifiestan sensaciones de miedo a replicar la forma de vida y conductas de los padres, ya sea por carencia de herramientas y/o simplemente por retornar a contextos de pobreza y exclusión social. De este modo se produce un círculo desesperanzador que es muy difícil evadir, donde niños y jóvenes expresan su malestar y permanente disonancia con sus historias de vida, por medio de conductas complejas y de difícil manejo, siendo estas individualizadas e incomprendidas como muestras de sus trayectorias de trauma.

“Yo creo que el futuro de ellos vuelve a lo mismo, con sus familias, las niñas a hacer lo mismo que hacían las mamás, a drogarse, a prostituirse, tener hijos. Tengo contacto con niñas ya más grandes, de 20 años y siguen en lo mismo. Vuelven a lo mismo” (educadora, Residencia 1).

C) LA EDAD Y EL GÉNERO COMO ATRIBUTOS DIFERENCIADORES

En general los equipos de trabajo establecen diferencias respecto a la población infanto-juvenil con la que trabajan, principalmente con respecto al género y a las distintas edades de quienes conviven en las residencias, el origen de su institucionalización, y a las trayectorias que han tenido dentro del sistema de protección. Sobre las diferencias de género, se aprecia un consenso en cuanto a la mayor complejidad y dificultad que supondría trabajar con las mujeres.

Con respecto al factor etario, se delimita una clara distinción entre los niños de menor edad y los adolescentes, las que se expresarían en el tipo de vínculos que se conforman entre ellos y los equipos de trabajo. Se expresan dificultades de trabajar con rangos etarios tan amplios (5 a 21 años); más específicamente, se atribuye a los adolescentes mayores necesidades específicas que a los niños de menor edad, y en relación a esto, en diversas entrevistas se aprecia el discurso de que a los más niños habría que protegerlos de los de

mayor edad, a fin de evitar ser “influenciados negativamente” por ellos. Desde los equipos surge la urgencia de delimitar los rangos etarios.

Lo anterior se puede sintetizar infiriendo que los equipos sienten una constante multi-demanda en términos de las diferentes necesidades que tienen los niños y jóvenes, dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, donde la heterogeneidad etaria pasa a ser un aspecto difícil de manejar. En cuanto al género, desde los equipos se percibe que las mujeres adolescentes corresponderían al perfil que presentarían mayores dificultades al momento de trabajar, a quienes además se asocian mayores problemas de salud mental, niveles de conflictividad y daño.

“Las niñas son mucho más complejas que los niños; yo creo que con los niños es mucho más fácil trabajar. Y depende de la edad en la que ellas se encuentran; la adolescencia es mucho más compleja, hay una búsqueda de identidad, si no tiene referentes estables de qué entiendes tú por tu persona”
(equipo técnico, Residencia 2).

3.2.2 RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN: UNA ORGANIZACIÓN EN CRISIS

A) SATURACIÓN DE CAPACIDADES ORGANIZACIONALES

Luego de sopesar tanto los aspectos positivos como negativos presentes en los relatos de los trabajadores de residencias de protección, es posible afirmar que estas organizaciones se encuentran en un manifiesto estado de crisis, que incide perjudicialmente en su modelo de trabajo, objetivos, medios, roles y soporte. Esta crisis se traduce en que las capacidades organizacionales de las residencias se encontrarían altamente sobrepasadas, generando lógicas de retroalimentación de problemas emergentes que se suman a las problemáticas que originalmente ya deben afrontar.

Las causas de esta situación pueden ser rastreadas en dos dimensiones discursivas. En la dimensión práctica, los trabajadores –sin distinción por roles– señalan no poder ejecutar las funciones y

resolver sus problemas cotidianos por carencia de recursos (humanos, temporales y materiales). En la dimensión cognitiva, se expresa en el hecho de que tanto los trabajadores como la organización en su conjunto no cuentan con el conocimiento necesario para resolver los problemas emergentes, señalando explícitamente que ante ciertas dificultades o procesos no se sabe cómo proceder. El desfase entre las capacidades y las responsabilidades del personal de las residencias de protección impacta también en las relaciones interpersonales entre los trabajadores, entre los trabajadores y los residentes, y entre los mismos niños y jóvenes. La erosión de los lazos entre los distintos actores de las residencias se manifiesta en una ausencia generalizada de confianza, acumulación de tensiones, concepciones contrapuestas sobre los roles, y en un deterioro significativo de la salud emocional de los funcionarios por agobio y frustración.

B) CONFLICTIVIDAD, PRESIÓN LABORAL Y BURNOUT

Considerando las características de los niños y adolescentes descritas anteriormente, un diagnóstico común entre los equipos de trabajo corresponde a la incapacidad de las residencias de protección para gestionar y resolver los desafíos derivados de las necesidades de estos usuarios, impactando en una saturación de conflictos y riesgos cotidianos.

Entre las situaciones conflictivas más mencionadas, resaltan las peleas con violencia entre la misma población infanto-adolescente y hacia los trabajadores, descompensaciones, automutilaciones, y hasta conductas suicidas. Dada la alta frecuencia de estos episodios, la energía y atención de los trabajadores se focalizaría en enfrentar estos problemas, en desmedro de otras actividades. Siendo estos enfrentamientos desde la urgencia sin una comprensión de las causas de las conductas de estos jóvenes.

Sumados a estos conflictos se añaden factores de presión tales como una alta demanda administrativa, que implica gestionar los requerimientos de los tribunales y la red del Sename, una alta rotación y licencias médicas, y frecuentes abandonos del sistema por parte de los niños. Lejos de ser situaciones excepcionales, la recurrencia de tales contingencias impide completar lo esperado para

cado uno de los cargos, en tareas como la planificación y ejecución de la intervención social y evaluación de los casos, el trabajo con los familiares, la contención, la creación de actividades, espacios recreativos y/o educativos, entre otras tareas. Si bien estas funciones se aprecian por parte de los equipos como las más importantes, también se perciben como las más difíciles de concretar.

“En algún momento uno se siente trabajando más para el tribunal que para los niños, entonces uno va dejando de lado los trabajos que planifica, el trabajo que tiene programado se va postergando” (equipo técnico, Residencia 2).

Esta percepción es compartida por los diferentes estamentos, poniendo de manifiesto el incumplimiento de las expectativas propias y las de los demás, lo que afecta la cohesión y coordinación de los equipos de trabajo. Por otro lado, la relación con los niños y jóvenes se aprecia tensa y, por lo tanto, requiere de mucho esfuerzo para motivar relaciones armónicas al interior de las residencias, particularmente en el cumplimiento de normas. El desgaste crónico se traduce en desencanto frente al trabajo; en todos los cargos se alude a una sensación de estar sobreexigidos con respecto a la cantidad de trabajo, la dificultad del mismo y el alto impacto emocional que ello conlleva.

“Quisiera rendir mucho más y siento que no puedo, o sea, he conversado con los chicos ayer, y estoy como con el síndrome del quemado, y me cuesta que si mi familia me ve así, que comprenda. Por ejemplo mi mamá me decía ‘pero tira una licencia si no te sentís bien’ y no puedo, no puedo (...) hay que estar aquí para saber, y muchas veces uno se va olvidando de uno” (equipo técnico, Residencia 2).

C) ENTORNO HOSTIL E INSUFICIENCIA DE REDES INSTITUCIONALES

Otra fuente de agobio ampliamente mencionada radica en un entorno institucional descrito como hostil y de grandes exigencias, lo cual resulta especialmente significativo para los directores y los equipos técnicos, en su relación con el sistema de protección del Sename, el Poder Judicial, y otros servicios del Estado. En vez de

ser consideradas y presentadas como soportes para cumplir con los objetivos de las residencias, estas instituciones son catalogadas como fuentes de problemas. Con respecto a los servicios sociales fundamentales para garantizar los derechos de infancia, tales como escuelas, centros de salud y otros programas, se los describe como insuficientes, descoordinados, con poca disposición a ayudar o, en el peor de los casos, como servicios inexistentes (sobre todo en materia de salud mental). Por ello, muchas veces el rol de los equipos se orienta más a presionar a dichas instituciones, que a conversar con ellas y recibir su ayuda. Los Tribunales de Familia y el sistema judicial en general, por otro lado, son considerados como una fuente de tensión en la medida en que estas instituciones definen quiénes ingresan a las residencias y en qué condiciones (lo que puede no estar alineado con las capacidades de cada establecimiento), siendo además una gran fuente de diligencias administrativas en cuestiones relativas a informes y diagnósticos, y también, desde su labor de fiscalización de las residencias, tiende a generar fricciones con sus funcionarios.

D) FALTA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

La falta de recursos materiales también responde a una dimensión relevante en la insuficiencia de las residencias para lograr sus objetivos, siendo uno de los elementos mencionados la deficiente infraestructura de los recintos. La falta de espacios disponibles e instalaciones necesarias para un buen desenvolvimiento y convivencia entre los residentes, suele destacarse como un factor que influye negativamente en las posibilidades de realizar intervenciones adecuadas, impidiendo incluir de modo óptimo a las familias en el proceso.

“Es un problema el no contar con sala de intervención psicológica, y que el equipo esté hacinado en una oficina tan pequeña. Entonces todo eso incide en la intervención; lógicamente, tener que ocupar la pérgola para hacer intervención, la cancha, no es una intervención adecuada” (jefatura, Residencia 3).

Finalmente, la imposibilidad de contar con una dotación adecuada aparece con mucha frecuencia en los relatos, especialmente en los trabajadores de regiones. Sobre los equipos de trato directo, se diagnostica una falta de competencias técnicas, tanto frente a los perfiles con los cuales se trabaja, como con los conocimientos técnicos básicos y especializados que deben incorporar. En torno a los equipos técnicos, el problema principal suele ser la gran rotación de personal, lo que impide la conformación de equipos estables, capaces de mantener procesos de intervención de largo plazo con los residentes y sus familias, lo que afecta también la posibilidad de generar vínculos de confianza entre los mismos trabajadores.

“Cambiamos jefatura y ya no se puede otra metodología más. Entonces, ya no sabemos para dónde va la micro. Nosotras tenemos jefa nueva, yo he tenido ya 5 jefes” (educadora, Residencia 4).

3.2.3 EL DÍA A DÍA EN LAS RESIDENCIAS

A) ENTRE LA MONOTONÍA Y EL ENTRETENIMIENTO

En las residencias de protección hay dos espacios de interacción social que son fundamentales para el desarrollo integral e inclusión social de los niños y jóvenes, y que además son ámbitos gestionados directamente por los funcionarios: la rutina cotidiana y la intervención psicosocial. El espacio cotidiano remite a la vida diaria en la residencia, la cual intenta replicar el día a día que tendría cualquier niño en un entorno familiar, aunque configurado sobre la base de una serie de reglas y rutinas estrictamente establecidas. La intervención psicosocial, por su parte, corresponde a una instancia que busca generar cambios psicológicos y sociales en los residentes. Sin embargo, se aprecia en las entrevistas un amplio desaprovechamiento de las oportunidades que brindan ambos espacios para una mejora en el bienestar de los niños y adolescentes.

¹⁶Según los relatos de los niños y jóvenes vigentes, en un día normal se realiza la siguiente secuencia de actividades: levantarse, asearse, ordenar piezas, tomar desayuno, ir a la escuela, volver de la escuela, hacer las tareas, espacio de ocio, y finalmente acostarse.

Los espacios cotidianos estarían marcados por una rutina estricta, donde hasta las actividades básicas tienen un horario establecido¹⁶. Dada la repetición sin cambios de estas actividades, la mayoría de residentes perciben todos los días como iguales, con excepción de los días festivos como Navidad, Año Nuevo, cumpleaños y otro tipo de celebraciones. De igual modo, en las vacaciones existen menos rutinas asociadas a los deberes escolares, con mayores espacios disponibles para realizar actividades comunes. Sin embargo, niños y jóvenes expresan que faltarían cosas por hacer, describen lo cotidiano como espacios vacíos, donde se sienten con aburrimiento y tedio. Puesto que los niños y niñas de menor edad llenan estos espacios de tiempo con juegos infantiles y los adolescentes hombres con actividades deportivas, la sensación de aburrimiento es más común en las adolescentes mujeres.

“[No hago] nada. O sea, me levanto y después miro tele, hacemos los aseos y después miramos tele, almorzamos y vemos tele y eso” (joven vigente: C, mujer, Residencia 4, 13-21 años).

De todos modos resaltan algunas actividades programadas como talleres y cursos dentro o fuera de la residencia, instancias altamente valoradas por los niños y jóvenes. No obstante, estos señalan que las actividades recreativas carecen de una implementación sistemática, realizándose de forma esporádica por estar supeditadas a la disponibilidad y saberes específicos de profesores voluntarios, no respondiendo necesariamente a los intereses de los propios residentes. Esta situación llevaría a la petición por parte de ellos de más actividades de entretenimiento, a fin de aprovechar los tiempos muertos y atenuar la sensación de encierro que caracteriza su estadía en las residencias.

Aparece también fuertemente marcada la sensación de encierro, noción que se repite en varios entrevistados, incluidos los egresados, como un fondo constante en las descripciones de sus experiencias. Esto se relaciona con las tensiones que señalan debido a una serie de restricciones que tienen en las residencias, además de aquellos aspectos vitales donde se diferencian de otros niños y jóvenes,

especialmente el no poder hacer lo que hacen quienes viven fuera de residencias. O también en relación con la soledad y el estar alejado de los familiares y no sentir en la residencia un espacio cálido con sentido.

“No poder salir, no poder tener comunicación con mis amistades, con mi pololo, eso más que nada; con mi familia no tenía comunicación, era como que, era como estar en un planeta vacío” (egresada, mujer, 18 años, Residencia 3).

Dado lo anterior, cuando describen sus vidas y experiencias en la residencia, tanto los residentes vigentes como los egresados se refieren frecuentemente a las normas, los permisos, las reglas y los castigos. Muchas de las relaciones que se dan dentro de la residencia tienen las reglas y el orden como trasfondo, lo cual condiciona el establecimiento de confianza, la forma del trato, los conflictos, la disposición de los niños hacia los trabajadores y viceversa, generando una tensión respecto a las relaciones de poder en el recinto.

B) EL CRUCIAL ROL DE LAS NORMAS

El establecimiento de una rutina y el ordenamiento de la vida según normas han sido mencionados como aspectos destacados por los niños y jóvenes, al permitirles predictibilidad y desarrollo como personas. Lo anterior ocurre en aquellos casos donde asocian el orden y el cumplimiento de reglas en relación con un sentido y objetivos orientados a su bienestar, tendiendo a expresar una mayor aceptación y satisfacción con la vida en la residencia.

Por lo mismo, una disonancia en las reglas suele generar fricciones. Cuando se percibe que las reglas son ambiguas, que se aplican desigualmente a diferentes residentes, o que son interpretadas de distinto modo por diferentes educadores, los jóvenes manifiestan una patente sensación de perplejidad, confusión e injusticia. Desde los trabajadores también se interpreta el orden normativo como un punto crítico de las residencias, siendo difícil establecer límites claros y coherentes, y gestionar las relaciones de poder.

“El tema de los permisos. Por ejemplo, yo me escapo hoy día y vuelvo mañana y pasado mañana yo pido que me den permiso para salir y salgo; y hay niñas que se escapan hoy día, vuelven el mismo día y al otro día no les dan salida, las castigan. Entonces yo encuentro eso que es súper injusto” (joven vigente, mujer, Residencia 6, 13-21 años).

C) LA AMBIVALENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Los vínculos interpersonales que los niños y adolescentes establecen entre ellos y con los trabajadores al interior de la residencia resultan cruciales en su desarrollo. Muchos de los niños y jóvenes ingresan con quiebres en sus vínculos más cercanos; por lo mismo, para muchos entrevistados se revelan como muy importantes las relaciones que se establecen en las residencias, especialmente los que han vivido gran parte de su infancia en ella. La formación de amistades, así como las relaciones de confianza y apoyo son ampliamente valoradas por los niños, muchos de los cuales mantienen esas relaciones incluso una vez egresados de las residencias.

“Porque con ellos puedo conversar, con ellos puedo jugar a la pelota tranquilo igual, también me gusta porque almorzamos juntos, todos juntos. (...) desde la primera vez que los conocí nos fuimos juntando, conversando las cosas tristes, si uno echaba de menos a su mamá ellos me decían que sí, que ellos también” (niño vigente, D, hombre, Residencia 8, 9-12 años).

Sin embargo, el aspecto interpersonal muestra notorias ambivalencias. Las relaciones con otros niños y jóvenes pueden ser fuentes de significativas gratificaciones, pero también de tensiones e incertidumbre. En las entrevistas se aprecian experiencias que van desde sentirse insertos en entornos hostiles y estresantes, a percibirlos como espacios de protección y entendimiento mutuo. Aunque se observen vínculos positivos, estos se encuentran constantemente a prueba. Desde el punto de vista negativo se mencionan situaciones de abusos, violencia y robos, percibiéndose incluso como realidades cotidianas o naturalizadas en algunos relatos. En casos más extremos, se menciona la formación de bandos dentro de las residencias, grupos que suelen emerger como producto

de chismes y luchas de poder. En estas situaciones, las lealtades están en juego, las amistades se fortalecen o se rompen. En general estos conflictos alcanzan gran intensidad, siendo fuente de alto estrés tanto para los jóvenes como para los trabajadores. En estas relaciones se develan estilos vinculares producto de sus historias de permanentes vulneraciones, las que muchas veces son leídas por el equipo como conductas conscientes de los jóvenes, realizadas con intención, más que muestras de sus trayectorias de trauma y necesidad de incondicionalidad y reparación vincular.

En cuanto al rol que cumple el equipo de trato directo, éste adquiere relevancia sobre todo cuando consiguen formar relaciones de escucha, confianza y apertura mutua. Si bien el trabajo más profundo de reparación, desarrollo de habilidades y de herramientas socio-emocionales ocurre en las instancias de intervención, el equipo de trato directo suele ser gravitante en el día a día. Aunque estas relaciones acontecen en situaciones funcionales bastante concretas, forman parte de las relaciones permanentes de los niños y adolescentes, generándose en muchos casos contención y orientación. Este tipo de vínculos son sumamente valorados, particularmente en los casos donde las educadoras conjugan un buen manejo de habilidades blandas con experiencia laboral, pudiendo establecer relaciones cercanas y posicionándose, a la larga, como pilares de apoyo. Las relaciones con las educadoras suelen ser también instrumentales, en las que los residentes intentan regular los permisos y conseguir otro tipo de cosas. Para muchos de los niños y jóvenes se establece una equivalencia entre el equipo de trato directo y la realización de labores domésticas, entendiendo que las educadoras están “para cuidarlos” y las valoran como personas cuyo trabajo comprende mantenerlos en regla (hacer que hagan sus deberes, se mantengan ordenados y eviten los conflictos), cocinarles y servirles la comida. En este sentido, el orden y la normatividad suelen ser personificados en las mismas educadoras, ya que ellas son las que principalmente ejercen y comunican las reglas.

En torno a la percepción de los residentes hacia el equipo de trabajo, en algunas ocasiones se desprende la noción de que las educadoras serían partícipes de un sistema que los ha alejado de su familia, manteniéndolos en un espacio indeseado, lo que las vuelve

depositarias de sus frustraciones y agresiones. En otros casos, por el contrario, se les percibe como figuras maternas ante las cuales sienten respeto y depositan su cariño.

“Cuando llegué yo gritoneaba a las tías, yo las insultaba, pero aprendí que ellas son las que nos sirven un plato de comida, las que al fin y al cabo nos cuidan y son como nuestras mamás porque pasan todo el día con nosotros. Entonces hay niñas que vienen, las gritonean, una niña le intentó pegar a una tía, entonces eso a mí no me gusta porque yo para mí, ellas son mi mamá” (joven vigente, K, mujer, Residencia 6, 13-21 años).

D) EL IMPACTO PERCIBIDO DE LAS INTERVENCIONES

Al igual que en el espacio cotidiano, se aprecian ambivalencias en las instancias de intervención. Existe una alta valoración por los procesos de intervención, lo cual es compartido por los niños y jóvenes egresados y sus familiares, ocurriendo especialmente en aquellos casos donde los procesos han sido largos, sistemáticos y con una importante participación de los mismos profesionales. Aunque se aprecian cambios positivos tanto en los niños y adolescentes como en sus familias, las intervenciones de estas características son poco frecuentes. La alta carga administrativa, las recurrentes emergencias y crisis internas, así como la alta rotación dentro del mismo equipo profesional, perjudican de forma importante la posibilidad de conformar intervenciones mantenidas sistemáticamente durante el tiempo.

“Esta rotación de personal de verdad desordena e impide la continuidad en las intervenciones de las niñas. La etapa evolutiva en la que están es cambiante, un día pueden querer ser astronauta y al otro día quieren ser otra cosa nada que ver, entonces la estabilidad se la tenemos que dar nosotros” (equipo técnico, Residencia 5).

El desaprovechamiento de las oportunidades que entrega la intervención se expresa especialmente en la escasa mención que hacen los niños y jóvenes tanto vigentes como egresados sobre sus impactos (incluso frente a preguntas directas al respecto). Desde los

mismos niños y adolescentes se desconoce cuál sería la función del equipo técnico, y si bien en algunos casos se reconoce la existencia de conversaciones y sesiones guiadas, rara vez se conocen o entienden sus objetivos, componentes y roles específicos de los funcionarios en la residencia. Con respecto a la alta rotación laboral, esto impactaría en las dificultades para desarrollar vínculos duraderos en el largo plazo, lo cual impide lograr la confianza y apertura necesaria para establecer conversaciones con el nivel de profundidad requerido. Desde los mismos residentes entrevistados se declara poca motivación para abrirse en temáticas complejas frente a personas (trabajadores) que cambian constantemente, lo cual se suma a la desmotivación que produce la expectativa de tener que contar lo mismo a otra persona en el futuro.

“La psicóloga... es que psicólogas había muchas, siempre iban llegando nuevas, entonces, todas las psicólogas nos entrevistaban no más ‘cómo estás, tu nombre, cómo te sientes aquí con las demás’, como una entrevista, más que nada ver para saber cómo una se sentía. Igual me acuerdo que me preguntaban por qué estaba ahí y yo evadía el tema” (egresada, mujer, 25 años, Residencia 2).

E) COTIDIANIDAD E INTERVENCIÓN: ESPACIOS DESARTICULADOS

Finalmente, se aprecia un desacoplamiento entre el espacio cotidiano y el de intervención, expresado en una falta de articulación y poca continuidad entre los cuidados y relaciones diarias con los objetivos posibles de trabajar a largo plazo. Esta falta de integración obedece a la incipiente planificación y diseño de dichos contextos, reforzado por la poca comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo.

“Que haya mucha más comunicación entre todos, que haya comunicación entre las psicólogas, los asistentes sociales, el psicopedagogo. Que ese equipo se comunique con las monitoras y que las monitoras se lleven bien entre ellas. Ah, eso sería como lo más importante, la comunicación” (joven vigente, E, mujer, Residencia 4, 13-21 años).

3.2.4 DESARROLLO, INCLUSIÓN, REUNIFICACIÓN FAMILIAR Y VIDA INDEPENDIENTE

A) NUDOS CRÍTICOS

Si bien los espacios de interacción anteriormente descritos presentan un alto potencial para el desarrollo e inclusión social, hay otros ámbitos particulares donde estos objetivos se trabajan, los cuales incluyen además la participación de otros actores e instituciones. Se identifican cuatro grandes nudos críticos en el desarrollo e inclusión de los residentes, todos elementos donde se visualizan fallas por parte del intersector: la relación con la escuela y el aprendizaje educativo; la salud mental; la reunificación familiar; y la preparación para la vida independiente en los casos donde no se logra la revinculación con alguna figura de cuidado.

B) INCLUSIÓN ESCOLAR

La educación escolar es un espacio fundamental de inclusión, además de ser un derecho en sí mismo y un factor preponderante en el desarrollo de las capacidades. Aquí los residentes pueden convivir con otros niños y jóvenes en igualdad de condiciones, conformándose relaciones “des-institucionalizadas”, tanto con sus pares como con los adultos. Se aprecia, en general, una valoración positiva hacia la escuela, como lugar donde se establecen amistades, y en algunos casos, relaciones significativas con adultos. A este respecto, la escuela permite el despliegue de interacciones sociales y actividades en condiciones de mayor libertad, donde los niños y adolescentes se relacionan con menores niveles de conflictividad que en la residencia. Por otro lado, la escuela se presenta como un espacio que ofrece una gran cantidad de contenidos y diversidad de actividades, lo que contrastaría con las limitaciones de la residencia.

“Cuando estamos en el colegio lo sentís más corto el tiempo, porque se hacen muchas actividades, y cuando estoy acá es como que pucha muy largo” (joven vigente, A1, mujer, Residencia 2, 13-21 años).

Sin embargo, existen casos en los que, paradójicamente, los niños se ven excluidos en estos espacios de inclusión. Algunos niños y jóvenes ingresan a las residencias con trayectorias escolares interrumpidas, por lo cual se encuentran en proceso de nivelación de estudios o directamente de reescolarización. También hay niños que presentan dificultades de aprendizaje y/o necesidades especiales de educación, así como otros que en el momento de la investigación se encontraban fuera del sistema escolar. En estos casos la situación es significativamente más compleja, ya que no sólo se exceden las capacidades de acción de las residencias¹⁷, también las redes y apoyos especializados resultan ser insuficientes.

C) SALUD MENTAL

Como se señaló anteriormente, se observan dificultades importantes con respecto a las posibilidades de trabajar la salud mental en las residencias, lo cual es particularmente crítico en regiones, por la dificultad de encontrar especialistas. Este tema reviste una especial relevancia dado el perfil de daño y vulneraciones que han vivido quienes ingresan, complejidad difícil de manejar por parte de las residencias, lo que en consecuencia da lugar a crisis importantes. La falta de diagnósticos psiquiátricos, medicación adecuada y tratamiento especializado se ha vuelto un problema mayor que impacta en la salud y protección tanto de los residentes como de los trabajadores.

“En este minuto, por ejemplo, nosotros estamos sin la psicóloga porque está de vacaciones, y eso también dificulta un poco porque además tenemos el tema psiquiátrico; hay niños que están esperando, porque el psiquiatra que teníamos se fue y cuesta mucho encontrar otro” (educadora, Residencia 2).

Por otra parte, muchos niños y jóvenes reciben tratamiento farmacológico por problemas de salud mental, sin embargo y principalmente desde las familias aparecen dudas y desconfianzas en torno a la medicación.

¹⁷En las residencias de modalidad especializada tienen mayor capacidad de gestión en este ámbito, ya que en el equipo técnico se incluye un psicopedagogo.

“A mí de principio no me gustó porque no era necesario que les dieran pastillas (a sus hermanos menores), porque ellos no tenían problemas, no eran impulsivos y a mí me tincá que es para que estén calmados, que no hicieran escándalo” (familiar, C, mujer, Residencia 8, hermana).

D) EL TRABAJO CON LA FAMILIA

La reunificación familiar se establece como uno de los principales objetivos para las residencias de protección, asumiendo como principio que el derecho a vivir en familia es fundamental e irremplazable, lo cual se complementa con la noción de que la institucionalización debe ser siempre transitoria. Las entrevistas analizadas presentan este ámbito como altamente problemático. Desde el punto de vista de las familias, los procesos relativos a la pérdida, recuperación y/u obtención de la tuición de los infantes y jóvenes se describen como engorrosos. A lo largo de este proceso participan una serie de actores descoordinados entre sí, obstaculizando su rol como contraparte con las familias. Entre estos actores se encuentran el Poder Judicial (tanto tribunales como policía), el Sename, y las diferentes organizaciones de la sociedad civil que forman parte de la red de protección. La interacción de las familias con estas instituciones está marcada por una serie de conflictos que se intersectan con las diversas etapas donde participan las residencias, sin entender muy bien cómo funciona el proceso para ganar la tuición de los jóvenes y sintiéndose juzgados a lo largo del proceso.

“... (El tribunal de otra región) se consideró incompetente y como que se le quedó grande y se lo tiraron al tribunal de Santiago. Entonces, acá no po, acá le dieron hasta que encontraron y solucionaron el tema y se acabó. Ellos en 1 año 7 meses hicieron todo, lo que nosotras y cada vez que íbamos a tribunales íbamos a lo mismo, cada 2 o 3 meses íbamos y la ONG XXX decía lo mismo... a mí la ONG XXX nunca me hizo una entrevista tampoco, y las entrevistas que yo tuve entre comillas la psicóloga nunca entrevistó conmigo siendo que el tribunal le dio una orden que tenía que trabajar conmigo para hacer habilidades parentales” (familiar: J, Residencia 1, madre).

Sobre esto último, se observa una escasa comprensión de la situación en general por parte de las familias, particularmente sobre sus responsabilidades (en caso de ser cómplices en la vulneración de derechos) y sobre cómo resolver la situación. La alta dispersión de los actores involucrados no contribuye a facilitar la comprensión de los problemas, dificultando la realización de los cambios necesarios para alcanzar la reunificación. Por ejemplo, hay familiares con hijos alojados en diferentes residencias o programas, por lo que se ven en la necesidad de realizar gestiones duplicadas e intervenciones paralelas para mejorar sus habilidades parentales. La desconfianza hacia las instituciones, además, sería una importante fuente de conflictos, malos entendidos y frustraciones.

“Los más chicos están en la ONG XXX, en el otro hogar están los dos más chicos y dijeron que no podía ir para allá por la edad y que en el otro hogar no había cupo; sin embargo, yo cuando fui al otro hogar había un niño de 9 años y el mío tiene 7 recién, y dijeron que lo habían hecho mal al separarlos porque estuvieron mucho tiempo sin verse los hermanos” (familiar, J, Residencia 2, madre).

De modo similar a lo que sucede con la intervención dirigida a los residentes, tampoco se identifican procesos sistemáticos de intervención enfocados en la reunificación familiar y la mejora de las habilidades parentales, aunque de existir son altamente valoradas. A este respecto, se destacan los cambios positivos que generan en sus usuarios, así como una mejora en el entendimiento de la situación en que se encuentran tanto ellos como los niños, y una mayor comprensión tanto de sus responsabilidades como del proceso judicial y administrativo. Sin embargo, se observan numerosos casos donde las intervenciones son poco sistemáticas o incluso inexistentes. Esto se suma además a los problemas antes mencionados sobre la alta rotación en los equipos técnicos y las altas cargas administrativas.

“Lo único que encuentro es que le cambian mucho los directores y los asistentes y mucho psicólogo, es lo que más cambian (...). No es bueno que a una persona o a una familia que va conociendo a su asistente, psicólogo, director, pueden estar meses, pero después de un cierto tiempo los van cambiando, eso no encuentro que sea muy bueno o muy progresivo para las familias” (familiar, A, mujer, Residencia 7, madre).

Por parte de los equipos técnicos, la percepción del trabajo que se realiza (y que se podría hacer) con las familias tiende a ser eminentemente crítica. Esto obedece tanto a la carga laboral, alta rotación y falta de herramientas, como a razones metodológicas. En este sentido, existe una percepción negativa sobre el trabajo enfocado en los cuidadores individuales, en vez de considerar a todo el sistema familiar en el que estarían incorporados (o se incorporarían eventualmente) los niños y adolescentes. También se menciona la necesidad de involucrar más a los residentes en el trabajo que se realiza con sus familiares, a fin de informarlos sobre los procesos y reforzar la idea de la residencia sólo como un intermediario para la relación entre padres e hijos, que debe mantenerse y reforzarse.

Otra dimensión relevante en las posibilidades de reunificación familiar, corresponde a las disposiciones que los trabajadores de la residencia tienen hacia el trabajo con las familias. En general, hay un consenso sobre la importancia de vivir en familia y las mejoras que se podrían realizar con una intervención de ese tipo, aunque existen opiniones divergentes en torno a las posibilidades reales de éxito, lo que se combina con una percepción negativa hacia las familias. En este sentido, conviven discursos pesimistas donde se observan pocas posibilidades de cambio en las dinámicas familiares, con la intuición de que se vuelvan a producir los mismos problemas al momento de la reunificación.

“Y la familia lamentablemente no cambia, por más que se haga un trabajo de intervención y todo, tienen las ganas, pero lamentablemente siempre como que hay un retroceso”
(educadora, Residencia 4).

La delicada situación entre el equipo de las residencias y las familias se retroalimenta con desconfianza mutua entre ambas partes, ya sea desde los funcionarios que deben evaluar constantemente si los familiares son o no cuidadores válidos, y desde las familias que en muchas ocasiones perciben a las residencias como un eslabón más de una cadena de procesos violentos y confusos. Este contexto genera dificultades para el entendimiento mutuo y la confianza, base fundamental para proyectar intervenciones constructivas.

E) LA VIDA INDEPENDIENTE

Sobre las modalidades de egreso de los residentes, además de la reunificación familiar, éstos tienen la posibilidad de prepararse directamente para la vida independiente¹⁸, viviendo en la residencia hasta cumplir la mayoría de edad mientras se les entrega herramientas educacionales, laborales y sociales para maximizar sus capacidades de inclusión. No obstante, este punto también presenta problemas asociados, repitiéndose una falta de intervención especializada y sistemática. De todos modos, se evidencian diferentes experiencias en torno al egreso, con relatos que dan cuenta de poca preparación al respecto y otros con intervenciones más exitosas, en las cuales destaca la relevancia de las educadoras y profesionales en estimular la orientación vocacional y el manejo de la vida independiente. En aquellos casos donde no se realizó una vinculación familiar, el proceso de egreso conlleva un alto estrés e incertidumbre para los jóvenes, coexistiendo una sensación contrapuesta de libertad¹⁹ con el miedo a simplemente “no saber qué hacer”.

“Sí, yo creo que eso es lo que a todos nos gustaría, bueno quizás no a todas, pero a mí me gustaría haber estado más tiempo adentro, hasta haber estado firme para poder retirarme, porque uno dice ya hasta los 18 y ¿qué hago yo? me tiran a la deriva, yo sé que tienen que entrar más niñas, pero yo no sé con qué tengo que enfrentarme afuera, aunque te preparen mucho, las cosas son distintas; me hubiera gustado que fuera hasta los 20, pero que hasta los 20 tuviéramos que juntar todas nuestras cosas para salir, pero no llegar a los 18 e irte, no está la mentalidad” (egresada, mujer, 19 años, Residencia 6).

En los relatos de egresados que mencionan experiencias satisfactorias de vida, se menciona el haber realizado un gran esfuerzo y el contar con apoyos informales en las residencias, como ayudas que no estarían contempladas en la planificación del trabajo con los jóvenes mayores de edad. Sin embargo, al estudiar la situación de los

¹⁸Esta modalidad se realiza en los casos donde no se ha logrado una reunificación con familia de origen o extensa.

¹⁹Comprendida positivamente y contrastada con la sensación de encierro descrito

egresados, resultan comunes las dificultades en la inclusión social, lo cual se expresa tanto a nivel educacional y laboral, como en el establecimiento de nuevos vínculos interpersonales. Además de las inseguridades expresadas por los egresados para enfrentarse a la vida fuera de la residencia, se suman las dificultades para establecer lazos de confianza con otras personas.

“No me gusta andar con amigos, amigas, porque las amigas son traicioneras; yo tuve una amiga que me traicionó, entonces, ya no tengo amigas, tengo conocidas no más, acá en la residencia tengo a la B no más y a la P y a nadie más” (egresada, mujer, 19 años, Residencia 7).

En definitiva, las dificultades se presentan tanto en la inserción en el mundo laboral, como en las dimensiones educacionales y familiares, donde la falta de redes, la pobreza y falta de oportunidades en general, configuran trayectorias de vida en las que prima la urgencia por la sobrevivencia inmediata, por el cuidado de los hijos en los casos de embarazos adolescentes, lo cual conlleva la priorización del trabajo por sobre los estudios superiores²⁰, dando lugar a biografías laborales inestables y precarias o casos donde simplemente no se trabaja ni estudia.

“Igual acá me aburro harto, porque ahora no estoy trabajando, no estoy estudiando o sea como prácticamente no hago nada en todo el día, sólo me levanto en la mañana a dejar a mi hijo al jardín y después en la tarde lo voy a buscar” (egresada, mujer, 20 años, Residencia 3).

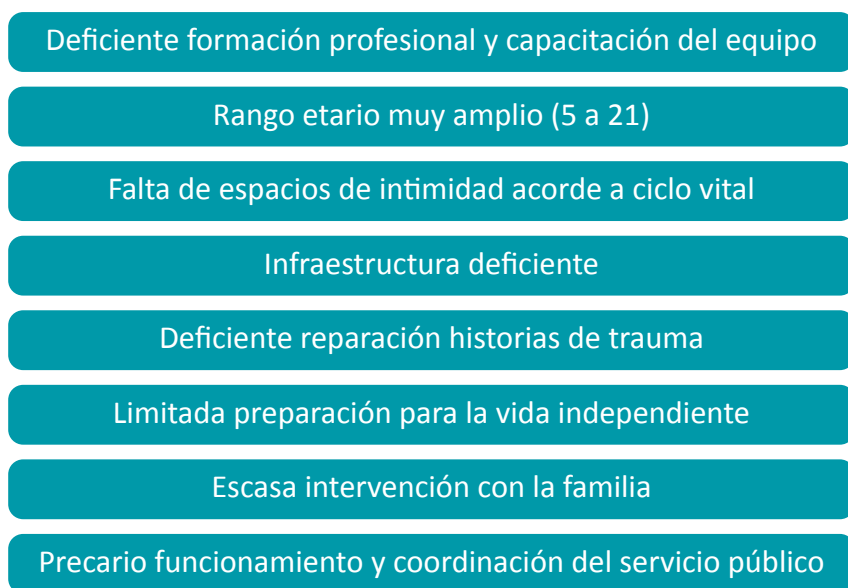
La figura N°3 entrega un resumen con las principales conclusiones de esta fase de la investigación. Todos estos puntos evidencian el colapso del sistema residencial, donde si bien hay esfuerzos institucionales importantes, es el sistema como tal el que no es capaz de responder a las necesidades de los niños y jóvenes atendidos. Ellos no son los del problema, es el sistema el que no ha respondido a lo largo de toda su vida a sus requerimientos y se les ha fallado una y otra vez. Se visualiza en general deficiente formación profesional y capacitación,

²⁰Ya sea por la necesidad de generar ingresos de forma rápida o por la imposibilidad de costear los estudios.

rangos etarios muy amplios, falta de espacios de intimidad acordes al ciclo vital, infraestructura deficiente y poco adaptada a los requerimientos cotidianos de los niños y jóvenes, además de deficiente reparación de historias de trauma y limitada preparación para la vida independiente. Al mismo tiempo el intersector no cuenta con oferta suficiente y adaptada a las características de esta población, para responder principalmente temáticas relacionadas a educación, salud, vivienda, entre otros.

Luego de este proceso de introspección respecto al funcionamiento de las residencias cabe preguntarse ¿Qué ha funcionado en sistemas residenciales? ¿Qué han hecho en otros países? ¿Existen modelos exitosos? ¿Cuáles son sus características? Éstas y otras preguntas serán respondidas en la siguiente sección.

Figura N°3: Principales conclusiones del estudio cualitativo



Tal cómo se señaló en el apartado metodológico, el estado del arte de la literatura se basó en la búsqueda de evidencia que pudiera responder a las necesidades visualizadas por los estudios cualitativos y cuantitativos. La revisión bibliográfica fue clasificada sobre la base de tres dimensiones: evaluación de resultados de programas residenciales; modelos residenciales y documentos oficiales de los países sobre estándares de centros residenciales. Esta evidencia, luego de un exhaustivo análisis, se tradujo en las 90 recomendaciones de estándares para una residencia terapéutica especializada para jóvenes entre 12 y 18 años.

A continuación, se muestra la literatura revisada para esta investigación, sistematizada en primer lugar en torno a la evaluación de resultados de oferta residencial destinada a la infancia, donde la información no abunda en términos de evaluación de impacto y resultados, pero sí esboza parámetros y condiciones necesarias al momento de implementar una residencia. Luego se presentan los distintos modelos residenciales existentes para satisfacer la necesidad de oferta, incluyendo dentro de éstos, no sólo aquellos donde los niños y jóvenes viven o pasan algún tiempo, sino también los servicios ambulatorios que complementan la oferta. Sobre la base de estos modelos, se analizan dimensiones temáticas consideradas primordiales y que muestran saturación desde la evidencia, es decir que aparecen reiteradamente como elementos necesarios a considerar para ser contempladas en el diseño e implementación de un modelo residencial, entre las que se encuentran: la importancia de las relaciones; la integración de la comunidad y familia; la trascendental relevancia de que la residencia cuente con un ambiente terapéutico y una cultura organizacional construida para estos fines; y la importancia de la permanente formación y capacitación del personal que trabaja en residencias. Por último, se presenta una síntesis de la revisión efectuada en torno a las políticas públicas existentes en los diferentes países investigados, las que actúan como soporte de los estándares en la protección juvenil.

3.3.1 REVISIÓN DE LITERATURA SOBRE EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN PROGRAMAS RESIDENCIALES: ¿SON LAS RESIDENCIAS UNA BUENA ALTERNATIVA PARA LOS NIÑOS?

Con la intención de ir respondiendo a preguntas relacionadas con la pertinencia de los dispositivos residenciales de cuidados para niños y adolescentes, se realizó una revisión sobre los resultados y el impacto que tienen este tipo de dispositivos en la vida de los jóvenes en el corto, mediano y largo plazo. Ésta permitió identificar ámbitos fundamentales del trabajo con adolescentes que han vivido vulneraciones graves de sus derechos, y que muchas veces tienen como consecuencia dificultades conductuales y de manejo emocional.

Es importante señalar que existen considerables limitaciones metodológicas en los estudios de impacto de los programas de cuidado alternativo, puesto que son escasos los que utilizan diseños de investigación rigurosos que incluyan asignación aleatoria o condiciones controladas de comparación, e insuficiente definición de indicadores de resultados (M. Boel-Studt y Tobia, 2016). A esto se suma el hecho de que muchas investigaciones fallan en proveer una detallada descripción sobre las orientaciones teóricas y los componentes del programa; por lo tanto, no se logra entender y distinguir específicamente qué funciona, para quiénes y por qué funciona un tipo de residencia (Palareti y Berti, 2009; Bean, White y Lake, 2005; Bettmann y Jaspersen, 2009; Hair, 2005). Por consiguiente, es importante tener precaución en las interpretaciones de los estudios sobre los resultados de las residencias. Sin embargo, hay estudios que se focalizan principalmente en la medición de resultados en términos de reducción de síntomas, comportamiento y funcionamiento socio-emocional y en el éxito académico (James, 2011), que ayudan a determinar elementos que posean efectividad al momento de diseñar un modelo residencial.

Se puede concluir que no existe consenso, tanto a nivel académico como gubernamental, respecto del rol que deben cumplir las residencias en el sistema de protección de la infancia y adolescencia.

Por una parte, las Naciones Unidas en la Declaración de Estocolmo sostienen que éstas deben ser consideradas el último recurso y una respuesta temporal, argumentando que las residencias tienen consecuencias negativas para los niños como individuos y para la sociedad en general (Declaración de Estocolmo sobre Niños y el Cuidado Residencial, mayo 2003). Asimismo, estudios señalan que otras alternativas de cuidado serían preferibles por sobre las residencias, como las familias de acogida de tratamiento multidimensional (Multidimensional Treatment Foster Care) o programas de apoyo intensivo a la familia de origen (Intensive In-Home Therapy), ya que serían igual de efectivas que las residencias, pero menos restrictivas y de menor costo (Lee et al., 2011; Barth et al., 2007; Breland-Noble, Farmer, Dubs, Potter y Burns, 2005). No obstante, es importante aclarar que este tipo de familias de acogida cuentan con una serie de servicios de soportes asociados, como terapias psicológicas ambulatorias, soporte académico después del colegio, mentoría, visitas médicas, supervisión de casos, entre otros.

En oposición, Knorth, Harder, Zandberg y Kendrick (2008) argumentan que en la Declaración de Malmo se afirma que los hogares para niños no deben ser considerados como un último recurso, sino como un tipo de intervención importante y que debe estar disponible en el tiempo adecuado para los niños que lo requieran (International FICE Conference in Malmo, 1990). A esto se suma que una serie de investigaciones han concluido que cierto tipo de residencias pueden tener efectos positivos e incluso ser más efectivas que otro tipo de programas no residenciales, sobre todo en el caso de adolescentes con problemas múltiples y complejos, que requieren de ambientes más estructurados y con mayor supervisión; o jóvenes con largas permanencias en cuidado alternativo para quienes las familia de acogida o programas ambulatorios con familia de origen no están disponibles (Whittaker, Holmes, Del Valle, Ainsworth, Andreassen, Anglin, Zeira, 2016; Whittaker, Valle y Holmes, 2015; De Stewart, Van der Broek, Stams, Asscher, Van der Laan, Holsbrink-Engels, Van der Helm, 2012; Boel-Studt y Tobia, 2016; Berridge, 1994; Knorth et al., 2008; Hair, 2005; James, 2011; Lee y Thompson, 2008). La literatura sugiere que ciertas características y prestaciones de las residencias estarían asociadas a mejores resultados, entre ellas se encuentran: residencias de estilo familiar y de tamaño pequeño (6 a

8 jóvenes); disponibilidad de servicios de acompañamiento al egreso de la residencia; intervención intensiva con familia; calidad del clima organizacional y capacitación del equipo profesional; modelos fundamentados en enfoque basado en relaciones, centrado en las capacidades y sensibles al trauma; incorporación de dispositivos de educación adaptados a las necesidades de los jóvenes; modelos de aprendizaje asentados en la vida cotidiana, entre otros (Pecora y English, 2016; Whittaker et al., 2016; Harder y Lee, 2015; Whittaker et al., 2015; James, 2011; Knorth et al., 2008, De Stewart et al., 2012; Bullock, Clough y Ward, 2006; Hair, 2005).

Entre los elementos que la evidencia identifica asociados a buenos resultados se encuentra el tipo de enfoque metodológico, donde destacan principalmente el modelo holístico y ecológico. En este sentido, se reconoce que los niños y adolescentes que han recibido cuidados en residencias que entregan tratamientos basados en estos dos enfoques logran beneficiarse obteniendo resultados positivos (Hair, 2005). En otro ámbito, estudios en distintos países concluyen que un mayor tiempo de estadía en un acogimiento estable, presenta en promedio mejores resultados para los jóvenes. Como acogimiento estable se define aquel que, por un lado, mantiene regularidad en sus servicios para un perfil determinado de jóvenes que lo requieren, y al mismo tiempo, permite establecer relaciones de calidad con al menos un cuidador, siendo esta característica una de las más importantes al momento de establecer modelos residenciales beneficiosos para los jóvenes (Schofield, 2003; Stein, 2006; Pecora et al., 2006; Sinclair et al., 1998; Thoburn, 2016). Otro elemento que se considera fundamental es la incorporación de un trabajo intensivo con familias, desarrollado por profesionales altamente calificados y en concordancia con el trabajo que se efectúa con el joven (Barth, 2005).

En términos de cómo debe realizarse el trabajo en equipo en contextos residenciales, obtiene mejores resultados aquella oferta programática que realiza reuniones regularmente, maneja un enfoque no confrontacional, modela estrategias y habilidades e involucra a la familia (Macdonald y Millen, 2012). También se recomienda incorporar prácticas lingüísticas y culturales que estén de acuerdo con los jóvenes atendidos (M. Boel-Studt y Tobia, 2016).

Por otro lado, resulta fundamental la capacitación y formación de los equipos, la supervisión continua y el mantener un muy buen clima al interior de la residencia (Hair, 2005). Esto deja en claro que los elementos descritos se conforman en factores que la evidencia muestra como necesarios para que las residencias sean efectivamente de protección, y no pasen a ser instituciones dañinas que dificulten el desarrollo de relaciones en los jóvenes y fomenten apegos altamente desorganizados (Carlson y Felton, 1997; Barth R, 2002; Schechter, 2012). Para que un dispositivo residencial efectivamente genere impactos positivos en el bienestar, desarrollo e inclusión de los niños y adolescentes, debe contar con estándares de calidad en diferentes dimensiones que van desde la infraestructura hasta la atención directa, además de estar integrado con otros servicios públicos y/o comunitarios.

Con todo, y tal como se explicitó en el capítulo 1, los servicios residenciales debieran ser para un perfil de jóvenes de alta complejidad, mayores de 12 años de edad, de los que por algún motivo su familia no puede hacerse cargo. Para niños menores de 12 años es preferible, para la mayoría de los casos, cuidados de tipo familiar (Connecticut Department of Children and Families, 2011; Department for Children, Schools and Families, 2007).

A pesar de esta discusión respecto de la efectividad del modelo residencial, en la realidad los servicios residenciales siguen siendo extensamente utilizados a nivel internacional, incluso en países desarrollados (Ver Tabla 1, Ainsworth y Thoburn, 2014). Se calcula que alrededor de 8 millones de niños y adolescentes están bajo cuidado institucional a nivel mundial (Lumos, 2013 en García, 2014). Wittaker y Maluccio (2002) argumentan que debemos dejar atrás la obstinación de evitar las derivaciones a residencias –lo que sería consecuencia de verlas como último recurso– y establecer en base a evidencia en qué circunstancias éstas deben ser utilizadas. McCall (2013) agrega que la desinstitucionalización y la creación de sistemas profesionales de protección que enfatizen las alternativas familiares de cuidado es la meta ideal, pero es probable que para los países de menores recursos esto tome décadas en ser desarrollado. Por lo tanto, mientras un gran porcentaje de los niños permanezca en residencias, el país debe trabajar por mejorar su calidad, de modo

que logren integrarse de manera armoniosa con un conjunto de otras políticas de protección y cuidado efectivo de los derechos de este grupo etario.

Tabla N° 6: Número y porcentajes de niños y adolescentes en cuidado residencialfuente: ainsworth y thoburn (2014).

País	N° en Protección por cada 10.000 de 0-18	N° en residencias	N° en residencias por cada 10.000 de 0-17	% de niños en Residencia de total en Protección	% en Protección de edad 10-17
Armenia (2009)	66	4.936	65	95	
Australia (2011)	73	1.628	5	6	45
República Checa (2009)	175	23.384	127	72	
Dinamarca (2007)	120	5.087	59	47	74
Francia (2008)	105	53.077	40	37	64
Alemania (2005)	76	60.571	41	54	64
Hungría (2009)	146	6.856	37	25	
Irlanda (2005)	51	401	4	8	50
Israel (2007)	42	8.300	34	80	
Italia (2007)	38	15.600	15	48	
Japón (2005)	17	35.146	15	92	
Lituania (2009)	246	8.715	137	56	
Polonia (2009)	147	52.293	72	49	
Rusia (2009)	305	345.630	133	43	
Rumania (2009)	169	23.817	60	35	

País	N° en Protección por cada 10.000 de 0-18	N° en residencias	N° en residencias por cada 10.000 de 0-17	% de niños en Residencia de total en Protección	% en Protección de edad 10-17
España (2007)	51	14.605	19	21	
Suecia (2008)	63	4.000	21	27	74
Inglaterra (2010)	58	8.170	7	14	62
Escocia (2009)	76	1.611	15	23	59
Ucrania (2009)	194	8.821	109	57	
Estados Unidos (2009)	57	424.000	9	15	50

Fuente: Ainsworth y Thoburn (2014).

Conjuntamente, es primordial aprender de los procesos de desinternación que han llevado a cabo otros países. Ainsworth y Hansen (2005) afirman que el sueño de no tener más residencias resultó ser negativo en Australia, donde el cierre de centros residenciales se tradujo en un aumento de niños derivados incorrectamente a programas para personas en situación de calle, que no tenían las condiciones para dar respuesta a sus necesidades de protección. Además, significó una crisis para el sistema de familias de acogida, que fueron insuficientes para manejar a jóvenes con conductas altamente disruptivas.

3.3.2 REVISIÓN DE LITERATURA SOBRE MODELOS INTERNACIONALES DE RESIDENCIAS INFANTO-ADOLESCENTES

La literatura internacional muestra múltiples modelos de trabajo en residencias de protección con niños y jóvenes. Estos modelos incorporan marcos referenciales, modelos de gestión de residencias, tipos de terapias y modos complementarios entre sí. La revisión de diferentes modelos responde a una búsqueda focalizada de oferta

programática para jóvenes que muestran necesidades múltiples y complejas. A continuación se muestra una tabla resumen (Tabla N° 7) que da cuenta de las principales características de cada uno de los modelos, país del que proviene y foco de intervención. Luego, se realizará un análisis relacionado con las dimensiones transversales encontradas en los modelos.

Tabla N° 7: Modelos de trabajo residencial

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
Sanctuary	Australia, Estados Unidos, Irlanda del Norte y Reino Unido	El modelo se basa en el enfoque del trauma, buscando crear cambios culturales en la organización, generando un contexto apropiado para la sanación de los traumas sociales y psicológicos (Bloom, 2005). Necesita de un liderazgo que posibilite gestionar el sistema, haciendo que todos los participantes se hagan corresponsables (Kennard, 1998).	Actúa a nivel de toda la organización.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
CARE (Children and Residential Experiences)	Estados Unidos e Irlanda del Norte	El modelo trabaja un enfoque de desarrollo, involucrando a la familia, basado en relaciones, centrado en competencias, actualizado en trauma y orientado ecológicamente. Considera a la residencia como un todo, que debe ser coherente, permitiendo el aprendizaje constante tanto del equipo como de los niños y adolescentes, evitando las intervenciones basadas en el control del comportamiento y considerando la inclusión de la familia en el trabajo (Holden, Children and Residential Experiences: Creating Conditions for Change, 2009) (Holden, Anglin, Nunno y Izzo, 2015).	Actúa a nivel de toda la organización.
MAP (Model of Attachment Practice)	Irlanda del Norte	MAP está basado en la teoría del apego, trabajando con niños, y adolescentes con dificultades producto de vulneraciones en edad temprana, interpretando que cada persona contiene un "modelo de trabajo interno" (Macdonald y Millen, 2012). Esto significa que individualmente las personas tienen una representación del mundo, que se amplía en la medida en que se establecen relaciones de apego con los padres o con una persona significativa (Bowlby, 1979).	Actúa a nivel de toda la organización.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
Social Pedagogy	Finlandia, Suecia, Dinamarca, Inglaterra, Francia y Alemania	Este marco referencial promueve las capacidades sociales en los niños y adolescentes, el desarrollo de la identidad social, las competencias y la participación, para lograr la inclusión social. Es utilizado en distintos países (Boddy, Statham, McQuail, Petrie y Owen, 2009). La práctica de la pedagogía social ocurre en la vida cotidiana y generalmente involucra grupos. Los trabajadores utilizan como herramientas su intelecto, emociones y su práctica, los cuales integran a su quehacer (Petrie, Boddy, Cameron, Simon y Wigfall, 2006) (Storo, 2013).	Actúa a nivel de toda la organización.
Positive Peer Culture	Israel, Estados Unidos y Holanda	Este modelo está basado en relaciones, considerando que el aprendizaje puede ser más intenso y constructivo cuando es compartido entre aquellos que están en situaciones similares o son de una edad similar dentro de un grupo. La motivación central es cultivar la preocupación social usando las relaciones grupales, las que posibilitan el desarrollo de la empatía, la confianza y el respeto (James, 2011). Sus resultados están validados en los estudios de (Leeman, Gibbs,, y Fuller, 1993) y (Nas, Brugman y Koops, 2005).	Actúa a nivel de toda la organización.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
Teaching Family Model	Estados Unidos, Canadá y Holanda	<p>El programa trabaja con niños y adolescentes de 5 a 18 años con significativos problemas de comportamiento y de salud mental, pero que no requieren de atención psiquiátrica, contando con supervisión 24/7 y con cuidados médicos (Boys Town, www.boystown.org).</p> <p>El foco central de este modelo es trabajar de cerca con las familias, para facilitar la rehabilitación, poniendo énfasis en la seguridad y el bienestar de los niños y adolescentes (Thompson, Daly y Andreassen 2014).</p>	Actúa a nivel de toda la organización.
STOP – GAP MODEL	Estados Unidos	<p>El propósito del modelo STOP-GAP es estabilizar el comportamiento del niño o adolescente en periodos cortos de tiempo, para que pueda egresar de la residencia y ser apoyado con tratamiento en la comunidad (McCurdy y McIntyre, 2004).</p>	Actúa a nivel de toda la organización.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
<p>Re-ED (originally called Re-Education of Children with Emotional Disturbance)</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>El modelo está basado en un enfoque de fortalezas, centrándose en las habilidades, competencias y la capacidad de aprender. Reconoce la importancia y la construcción de nuevas relaciones, promoviendo la indagación, incentivando a los niños a responder a preguntas, buscando las respuestas que los ayuden en el proceso de tomar mejores decisiones. Re-ED está diseñado para ser utilizado como un enfoque de grupo, y sus reuniones son realizadas varias veces en el día para discutir, resolver problemas y explorar fortalezas (James, 2011).</p>	<p>Actúa a nivel de toda la organización.</p>
<p>Resilience Model</p>	<p>Irlanda del Norte</p>	<p>El modelo establece seis dominios en los cuales se debe trabajar la resiliencia: seguridad, educación, amistades, talentos e intereses, valores positivos, y competencias sociales (Daniel y Wassell, 2002). Cada uno de estos dominios cuenta con una lista para los padres y para los niños, que posibilitan guiar, hacer diagnóstico e intervenir (Houston, 2011).</p>	<p>Actúa a nivel de toda la organización.</p>

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
Therapeutic Family Model of Care (TFMC) Lighthouse Family	Australia	El modelo utiliza como fundamento las teorías de apego, teoría de la relación de objeto y teoría del bienestar psicológico (Hussein y Cameron, 2014). <i>Live in Care Programme (Youth)</i> es el programa fundamental del modelo, en el cual los jóvenes viven en una residencia que está a cargo de cuidadores. En estas residencias viven 4 adolescentes teniendo apoyo en la cobertura de sus necesidades durante 24 horas al día y 7 días a la semana.	Actúa a nivel de toda la organización.
MultifunC (Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings)	Noruega, Suecia, Dinamarca	El propósito principal de MultiFunC es reintegrar a los niños y adolescentes de vuelta con sus familias, trabajando con aquellos que están en riesgo debido a sus serios problemas de comportamiento. Utiliza la terapia <i>milieu</i> que refuerza la importancia de “la previsibilidad y estructura, los esfuerzos de cambio sistemáticos y focalizados, y los intentos de compatibilizar un buen balance entre la autonomía del joven y el control adulto, sumados a enfoques metodológicos más concretos” (Andreassen T. , 2015).	Actúa a nivel de toda la organización.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
Dyadic Development Psychotherapy in Residential Child Care	Australia	<p>Este modelo de terapia trabaja con niños y adolescentes que han sufrido traumas producto de maltrato o negligencia de sus cuidadores. CEBC (California Evidence Based Clearinghouse) y (Clarke, 2011) señalan que existen residencias en Queensland, Australia que están basadas en esta terapia, pero existen dudas desde otras fuentes sobre su eficacia.</p> <p>En la terapia se considera importante el trabajo que se realiza con la familia, para brindar soporte al mismo nivel que se les brinda a los niños o adolescentes, usando un dialogo afectivo-reflexivo mediante lenguaje verbal y no verbal (Hughes, Golding y Hudson, 2015).</p>	Es una terapia que puede ser utilizada en distintas organizaciones.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
ARC (Attachment, Self Regulation and Competency)	Estados Unidos	<p>ARC no es un modelo en sí, sino un marco referencial flexible que permite a sus practicantes elegir en un menú de actividades definidas e intervenciones organizadas alrededor de tres dominios: apego, autorregulación y competencia. También trabaja con problemas y vulnerabilidades que son resultado de traumas en experiencias tempranas de cuidado infantil (Macdonald y Millen, 2012) (Kinniburgh, Blaustein y Spinazzola, 2005). Requiere de un liderazgo y de un enfoque basado en trauma para su efectividad (Glisson y Dukes, 2006).</p> <p>Actualmente ARC se utiliza en 300 agencias en Estados Unidos como modelo de intervención (Blaustein y Kinniburgh, 2007). Utiliza de 12 a 52 sesiones terapéuticas, y a su vez se declara que puede ser reconocido como una forma de trabajar en términos del uso cotidiano que usa la terapia <i>milieu</i>.</p>	Parte del dispositivo residencial que puede ser utilizado en distintas organizaciones.

Modelo	Países	Foco de intervención	Alcance del modelo
<p>TCI (Therapeutic Crisis Intervention)</p>	<p>Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Irlanda y Australia</p>	<p>Este no es un modelo de gestión de residencias, sino un modelo de intervención que previene y maneja las crisis, creado en la Universidad de Cornell, en Estados Unidos (Residential Child Care Project , 2010). Se requiere de alta capacitación de los supervisores para el seguimiento de los casos y la comunicación con los distintos niveles (trabajadores, administrativos, supervisores internos y externos). Es necesario construir una cultura en la residencia que abogue por la cohesión entre la filosofía del hogar y las prácticas que están implementando (Nunno, Holden y Leidy, 2003).</p>	<p>Parte del dispositivo residencial que puede ser utilizado en distintas organizaciones.</p>
<p>Aggression Replacement Training</p>	<p>Holanda, Estados Unidos, Noruega</p>	<p>El modelo está basado en trabajo grupal, que durante 10 semanas realizan 3 sesiones semanales de 1 hora, en grupos de 8 a 12 personas (Kaunitz, Andershed, Brannstrom, South y Smedslund, 2016). Cada una tiene como objetivo desarrollar aprendizajes en gestión de ira, razonamiento moral y habilidades sociales. El grupo, mediante la interacción entre sus participantes, genera conversaciones que ayudan en la exploración de temas. Utiliza como insumo para el trabajo en cada sesión, la narración de la última experiencia de agresión, rabia o ira (Washington State Institute for Public Policy, 2004).</p>	<p>Parte del dispositivo residencial que puede ser utilizado en distintas organizaciones.</p>

Tal como se mostró, la Tabla N° 7 da cuenta de la variedad de modelos que existen para enfrentar el trabajo con jóvenes que viven en residencias, pretendiendo todos ellos aumentar su bienestar y permitirles mejorar su calidad de vida. A continuación se analizarán los cuatro puntos principales que se desprenden de estos modelos.

A) ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES SANAS AL INTERIOR DE LA RESIDENCIA, CON FUNDAMENTOS EN LA TEORÍA DEL APEGO Y ENFOQUE DE TRAUMA

La mayoría de los modelos revisados recalcan la necesidad de que la residencia sea un lugar que facilite el establecimiento de relaciones sanas, incondicionales y reparadoras. De este modo, el énfasis no se sitúa en la manifestación de la conducta, sino en el conjunto de las experiencias internas que vive el niño o adolescente y que lo hacen actuar de cierta forma. Los modelos que destacan explícitamente la importancia de las relaciones son MAP (Macdonald y Millen, 2012), Social Pedagogy (Røkenes y Hansen, 2013; Macdonald y Millen, 2012), Teaching Family Model (Thompson, Daly y Adreassen, 2014), RE-ED (CEBC), Resilience Model (Houston, 2011), Therapeutic Family Model of Care (Barton, Gonzalez y Tomlinson, 2012), Dyadic Development Model (Clarke, 2011; Doyle-Buckwalter y Robison, 2008) y ARC (Arvidson et al., 2011), donde todos incluyen como uno de los ejes principales la importancia del desarrollo relacional positivo e incondicional entre los habitantes de las residencias.

Junto a la importancia de las relaciones, el modelo CARE plantea la necesidad de fomentar relaciones positivas, donde los niños y adolescentes tengan la oportunidad de vivir experiencias que fomenten el apego, destacando la importancia de entender que estos están “buscando apego, no buscando atención” (Holden, Anglin, Nunno e Izzo, 2015). En consecuencia, algunos modelos usan la teoría del apego como articulador de sus intervenciones, tales como Resilience Model (Daniel y Wassell, 2002), Dyadic Development Model (Clarke, 2011) y ARC (Macdonald y Millen, 2012; Arvidson et al., 2011; Blaustein y Kinniburgh, 2007; Furnivall y Grant, 2014), quienes promueven el trabajo vincular, ya sea al interior de las residencias, como con sus familias. Más adelante, en el apartado sobre los principales enfoques teóricos utilizados como base en el modelo residencial propuesto en este documento, se profundizará

en el enfoque de trauma y teoría del apego, utilizado por modelos como CARE y Sanctuary, donde se incluyen estas perspectivas como dimensiones consideradas fundamentales para el desarrollo de un modelo residencial.

B) INCORPORACIÓN DE LA COMUNIDAD Y FAMILIA EN EL TRABAJO EN RESIDENCIAS

La mayoría de los modelos aluden a la inclusión de una visión amplia sobre la residencia, que considere ámbitos de trabajo vinculados a las familias de los jóvenes, a la comunidad de origen y al territorio donde se los quiera incluir. El trabajo con la familia y el vínculo con la comunidad son fundamentales para que los jóvenes logren integrarse a la sociedad. Uno de los aspectos más importantes en la vinculación con el sistema es el trabajo con la familia (Holden, 2009), siendo fundamental en este proceso realizar un diagnóstico que permita definir cómo y dónde se desea vincular al joven (Storo, 2013).

Este trabajo tiene dos formas de ser implementado por los modelos revisados: primero, los modelos de MAP y Sanctuary enfatizan la importancia del trabajo con familia, pero sólo el modelo CARE incluye el involucramiento de la familia del niño o adolescente en los cuidados, la planificación y el tratamiento, como elementos principales de la intervención (Macdonald y Millen, 2012).

Segundo, la forma de considerar el trabajo con familia por parte de modelos como Teaching Family Model y CEBC, es habilitando a la familia con capacidades y habilidades para que pueda ejercer los cuidados necesarios hacia los niños y adolescentes. Lo central aquí es enseñar a los padres a regular el comportamiento de los niños y adolescentes, implementando rutinas, estableciendo límites, generando ambientes seguros, permitiéndoles tener cierto control y apoyando el vínculo entre ellos. Todo esto para que los jóvenes puedan ser integrados nuevamente a sus familias.

Además, se establece en varios de los modelos que las residencias deben propiciar la vinculación con la comunidad y utilizar los recursos que ésta proporciona, ya sean colegios, instituciones de salud, grupos deportivos, grupos culturales, etc. El trabajador tiene el rol

de establecer los vínculos necesarios con el territorio, apoyando al joven para que se acerque a distintas áreas y luego seguir apoyándolo durante todo el proceso (Andreassen, 2015).

C) DESARROLLO DE UN AMBIENTE TERAPÉUTICO COMO BASE DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

Para los distintos modelos es importante el manejo de las emociones positivas o negativas, poniendo especial énfasis en el estrés, la agresividad y la rabia (Barton et al., 2012; Blaustein y Kinniburgh, 2007; Clarke, 2011; National Institute of Justice, 2016; Holden, Anglin, Nunno e Izzo, 2015; Andreassen, 2015; Nunno, Holden y Sellers, 2014; Teaching Family Association, 2017). Para dar respuesta a estas emociones difíciles, se necesita disponer de una estructura que esté gestionando el comportamiento y propiciando un ambiente sin estresores.

En la revisión de los modelos, se identificaron algunos que señalan la importancia explícita sobre la función de liderazgo que ejerce el jefe de programa (Sanctuary, CARE, Therapeutic Family Model of Care, MultifunC y TCI), enfatizando la función que cumple el desarrollo de esta capacidad en la coherencia y consecución de los objetivos organizacionales; también se destaca la importancia del liderazgo para la construcción de una cultura organizacional (Barton et al., 2012; Bloom, 2005; Holden et al., 2015). En este sentido, la jefatura debe reforzar en todas las instancias cotidianas a todas las partes como un todo. Por ello este liderazgo es conocido como fundamental en la residencia por tener la capacidad de guiar la satisfacción de los requerimientos de los jóvenes (Bullock, 2008). En circunstancias en las que los equipos no han recibido todo el entrenamiento correspondiente a sus funciones, un buen liderazgo, como propone el modelo CARE, debería tener la capacidad de orientar, motivar y alinear a todo el equipo en los principios del modelo, lo cual debería manifestarse en sus prácticas (Holden et al., 2015).

Algunos modelos explicitan que, para lograr ser efectivo en la reparación de traumas, es importante tener un enfoque terapéutico como elemento central de su cultura organizacional. Por ejemplo, el modelo Sanctuary pone en el centro de su intervención la reparación

del trauma, lo que significa que los trabajadores generan relaciones que apoyan a los niños y adolescentes en el crecimiento de su yo, para que estos se sientan en confianza. A su vez, los trabajadores también deben ser activos frente a los acontecimientos que enfrentan, procurando disponer de rutinas y prácticas que posibiliten ambientes seguros, reduciendo los factores de estrés. Otro modelo que trabaja en la misma línea es el modelo Therapeutic Family Model of Care, donde la cultura de su organización está basada en que todas las intervenciones tienen un sentido terapéutico (Macdonald y Millen, 2012). Los modelos de CARE, ARC y MAP trabajan con una cultura organizacional terapéutica con el objetivo de apoyar el desarrollo de los niños y jóvenes.

D) FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Los diferentes modelos comprenden que la formación continua y la capacitación de los trabajadores son un elemento fundamental para la implementación de la residencia tal cual haya sido diseñada. Esto permite que los modelos se lleven a cabo del modo como fueron pensados, ya que son los trabajadores quienes finalmente implementan los diferentes modelos técnicos de la oferta programática que desarrolle cualquier país o gobierno. Lo importante es la participación permanente en capacitaciones, que logren integrar sus habilidades personales con herramientas técnicas, para así dar cumplimiento a los objetivos de la residencia. Los modelos plantean que los trabajadores tienen fortalezas que deben ser aprovechadas para el buen funcionamiento de la residencia, entre ellas la habilidad de trabajar en equipo (Bloom, 2005), el ser reflexivo (Houston, 2011), evaluar situaciones individuales (Grietens, 2014); trabajar según la etapa de desarrollo del niño y adolescente (Macdonald y Millen, 2012), ser creativo (Holden et al., 2015), acogedor (Barton et al., 2012), estar presente (North, 2013), usar las capacidades individuales de manera apropiada (Ward, 2007), tener inteligencia emocional (Bloom, 2005), tener conocimientos sobre la temática de la infancia (Macdonald y Millen, 2012), empatía (Macdonald y Millen, 2012), comunicar aceptación (Holden et al., 2015), así como una visión compartida y metas en común (James, 2011). En este mismo sentido, la estructura de la organización debe facilitar la utilización de las habilidades de los trabajadores, ayudando a los procesos de reflexión y enfocando sus capacidades en beneficio de los niños y adolescentes (Houston, 2011).

Los diferentes programas establecen tres modalidades de formación y capacitación: formación en educación superior, que puede comprender años de estudio; capacitaciones de carácter específico de corto plazo; y procesos de seguimiento continuo. De este modo, hay modelos que consideran capacitaciones de alto nivel, que comprenden años de estudio en educación superior, como es el caso de Social Pedagogy (Grietens, 2014). Otros modelos como STOP GAP y ARC donde existe un proceso previo a la implementación del modelo, en el cual se evalúa la organización, ejecutando un diagnóstico y realizando un proceso de aprendizaje de las teorías y contenidos propios del modelo. Para el caso de STOP-GAP, el entrenamiento para los trabajadores dura dos días y es presencial, siendo este hito muy relevante en el traspaso de competencias. Por último, para modelos como Sanctuary y CARE, lo central es el proceso de seguimiento y monitoreo de los trabajadores, ya que una vez implementado el modelo en la organización, se necesita apoyar la incorporación y actualización de nuevos conocimientos, evidencias y prácticas que fortalezcan el trabajo con los niños y adolescentes (Bloom, 2005; Holden et al., 2015).

3.3.3 REVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ESTÁNDARES EN LA PROTECCIÓN JUVENIL

Los países que han firmado la Convención de los Derechos de los Niños se han comprometido a disponer de los recursos necesarios para garantizar tanto la protección, los cuidados, como las condiciones para su desarrollo. Es así como cada país específicamente establece cuál es el nivel apropiado de esfuerzo público para cumplir con estos objetivos. En los siguientes párrafos, la intención será expresar cómo se vinculan las ideologías de los Estados y las políticas públicas para la infancia y juventud, dando forma concreta a determinados enfoques y sus respectivas expresiones en la institucionalidad, para reconocer y situar los estándares de atención principales que hemos identificado producto de la revisión de evidencia internacional.

Como elemento principal para entender las decisiones que toman los países, se reconoce que pueden existir dos orientaciones cuando los sistemas preocupados del desarrollo de los niños o adolescentes identifican situaciones que pueden condicionar su desarrollo. Por

un lado, están aquellos sistemas que centran la protección del niño o adolescente (Child First), y, por otro, aquellos que tienen una orientación hacia servicios familiares (Family First). Mientras los países europeos de raíz anglosajona se orientan hacia la protección de los niños y adolescentes de modo directo, los de Europa continental y los países nórdicos abordan los problemas del maltrato desde una perspectiva de los servicios familiares (Gilbert, Parton y Skivenes, 2011).

Esta categorización tiene una correspondencia con la realizada por Esping-Andersen (1990), que desde una clasificación ideológica propone que los países anglosajones son principalmente liberales, los de Europa continental poseen una visión conservadora, y los nórdicos una posición socialdemócrata. Cada una de estas posiciones fomenta ciertas formas en las cuales se aplica la ley e intervienen los Estados en la vida de las familias, como en los derechos que tienen los niños y/o adolescentes. Es así como en Estados de Bienestar con ideología socialdemócrata, la composición de la familia tradicional se ve afectada, dado el rol fuerte que tiene el Estado, incentivando la equidad de género y el bienestar del niño o joven, lo que implica a su vez un mayor gasto estatal. Por otra parte, los países con políticas conservadoras incentivan el rol de la familia tradicional y no fomentan la participación de la mujer en el mercado laboral, teniendo un menor costo para el Estado. Por último, los regímenes liberales tratan de intervenir lo menos posible en las dinámicas familiares, teniendo un menor gasto sin ver afectado significativamente el rol de la familia tradicional (Gilbert et al., 2011).

Para implementar la institucionalidad acorde con las orientaciones señaladas, los países pueden utilizar diferentes formas. En algunos casos, como Nueva Zelanda y Chile, el gobierno central tiene una participación importante en la toma de decisiones, mientras que otros como Suecia e Inglaterra traspasan esta responsabilidad a las entidades locales (Consejo Nacional de la Infancia, 2016). Cabe precisar que existe una tendencia a que las políticas sean elaboradas a nivel central, pero que su ejecución sea desarrollada mediante dos modalidades: entidad estatal con direcciones regionales para prestar atención especializada, y la de autoridades locales que toman las decisiones y ajustan las políticas acorde con las condiciones del territorio (Consejo Nacional de la Infancia, 2016).

Por su parte, las orientaciones ideológicas basadas en el pensamiento conservador abogan por mantener las estructuras familiares tradicionales, mientras que las liberales tratan de interferir lo menos posible en la dinámica de las familias y la forma en que los padres o tutores quieran criar a sus hijos, exceptuando obviamente las situaciones que pongan en riesgo el desarrollo de los niños o adolescentes. En ambos casos, el esfuerzo para el desarrollo queda depositado en la acción tanto de la familia como en los individuos. En el caso de la orientación socialdemócrata existe un rol mucho más activo por parte de las instituciones del Estado, interviniendo con cobertura universal a toda la población y garantizando que todos los ámbitos del desarrollo del niño o adolescente sean cubiertos, incluso interfiriendo en las concepciones de familia o sobre el desarrollo que deben tener los niños o adolescentes de sectores específicos.

Esta reflexión permite entender la red de apoyo que tienen los niños y adolescentes en Chile, en términos de la integración de servicios y garantía de los derechos universales. En el contexto de las políticas públicas para la infancia y adolescencia que actualmente rigen en el país, hay reconocimiento que, al igual que el pensamiento liberal y el conservador, el factor principal que fomenta el desarrollo de los niños son las acciones de los individuos o las familias, no las de las instituciones del Estado. Es por esto que las recomendaciones de estándares se han focalizado en contextos que tienen una orientación ideológica similar a la que actualmente tiene el país (liberal /conservadora), entendiendo que aún no existe un marco legal que considere la participación de las instituciones con un rol más activo en el desarrollo de los niños y adolescentes.

De este modo, las categorías presentadas anteriormente establecen una relación entre los países que fueron guía para establecer estándares de atención, entre los cuales destaca el aporte de España (Gobierno de Navarra, 2003; Bravo y Del Valle, 2009; De Miguel y García, 2010; Del Valle, 2012), Escocia (Davidson, Wilkinson, Docherty y Anderson, 2009; Farrier y Bizas, 2015), Inglaterra (Department of Education, 2011, 2015), Australia (Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, 2010; Victorian Government, Commission for Children and Young People, 2013), y Estados Unidos (Washington State Institute for Public Policy, 2004;

Arkansas Child Welfare Agency Review, 2016). Si bien los estándares se sitúan desde una visión angloamericana y de Europa Central, y por ende se ven influenciados principalmente por el pensamiento liberal y conservador, la visión socialdemócrata está también presente en algunas de las recomendaciones de estándares.

3.4

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PANEL DE EXPERTOS

3.4.1 ANÁLISIS CALIFICACIÓN, ADECUACIÓN Y NECESIDAD DEL PANEL DE EXPERTOS

Tal como se evidenció en el capítulo 3, las 90 recomendaciones sobre residencias de protección especializada de jóvenes, basadas en evidencia internacional, fueron calificadas por 47 expertos nacionales e internacionales de diversos ámbitos, como academia, gobierno y sociedad civil.

En términos del análisis a nivel cuantitativo, utilizando el criterio de dispersión de los datos propuesto por la metodología RAM (Fitch et al., 2001), que calcula el percentil entre los datos corrigiendo la asimetría de los mismos, la mayoría de las recomendaciones fueron calificadas como apropiadas y necesarias (88 de 90), contando con mediana 7, 8 o 9 y un alto nivel de acuerdo. Esto quiere decir que, a ojos de los expertos, en términos de adecuación el beneficio esperado (consecuencias positivas) es mayor que el daño esperado (consecuencias negativas), y que en términos de necesidad las recomendaciones o medidas deben realizarse de manera urgente en el corto plazo. Ambas categorías detectaron aquellas recomendaciones prioritarias y que son cruciales para mejorar la calidad del servicio residencial.

La Tabla N° 8 muestra un resumen de aquellas recomendaciones que presentaron algún tipo de disenso, ya sea por adecuación incierta, necesidad incierta, adecuación con mediana menor a 7, necesidad

con mediana menor a 7, o contar con más de 21 observaciones. Tomando en cuenta el análisis anterior, sólo la recomendación 2 fue calificada con adecuación incierta y la 10.2 como adecuada, pero con necesidad incierta. En este sentido, la recomendación 2 pasó directamente a ser parte de las recomendaciones que se discutirían en la jornada de expertos, y la número 10.2, que trata sobre residencias de respiro, se comprendió que efectivamente no es una recomendación urgente de implementar, por lo que no pasó a ser parte de la discusión de la jornada. El detalle de todos los resultados se puede encontrar en el Anexo N° 1.

Tabla N° 8. Resumen resultados por recomendación

Recomendación	Adecuación incierta	Necesidad incierta	Adecuación mediana 7 o menor	Necesidad mediana 7 o menor	Más de 21 observaciones
2	X		X	X	X
5			X		X
10.1			X		
10.2		X	X	X	
10.3			X		
11					X
16			X		
19			X		X
20			X	X	
35					X
39					X
61					X
81					X

Luego, de realizar un análisis de adecuación y necesidad, se profundizó aún más en estos datos para poder realizar un análisis más detallado de los resultados, para buscar aquellas recomendaciones con mayor disenso –dentro del consenso ya señalado– seleccionando

aquellas con mediana 7 o menos, siguiendo los criterios sugeridos por la metodología RAM para estos casos. Con esta regla, ocho recomendaciones fueron seleccionadas en términos de adecuación **(2, 5, 10.1, 10.2, 10.3, 16, 19 y 20)**, y tres en términos de necesidad **(2, 10.2 y 20)**. Luego, se seleccionaron las 16 recomendaciones con 21 o más observaciones, considerando como criterio que cerca del 50% de los expertos efectuaron comentarios cualitativos sobre ellas. Posteriormente, se cruzaron los tres criterios: adecuación con mediana 7 o menor, necesidad con mediana 7 o menor, y más de 21 observaciones, lo que arrojó tres recomendaciones **(2, 5 y 19)** que se convertirían en las prioritarias a debatir, siempre considerando que la selección fue bajo criterios más laxos ya que, tal como se explicó, fueron aprobadas en primera instancia. Luego se establecieron cinco recomendaciones adicionales para debatir en la jornada, las que fueron seleccionadas según el criterio de contar con el mayor número de observaciones cualitativas **(11, 35, 39, 61 y 81)**, donde en todas ellas hubo más de 21 observaciones, es decir, cerca del 50% o más de los participantes opinaron. En la próxima sección, se mostrará el análisis cualitativo de las ocho recomendaciones seleccionadas. Es importante mencionar que las recomendaciones no elegidas para el debate (10.1, 10.2, 10.3 y 16) fueron desestimadas por el equipo investigador debido a que se priorizaron aquellas que habían causado más controversias a nivel de observaciones.

3.4.2 ANÁLISIS DE LA CALIFICACIÓN DE OBSERVACIONES CUALITATIVAS DEL PANEL DE EXPERTOS

Luego del análisis relatado de la calificación de los expertos, ocho recomendaciones fueron priorizadas para el debate en las dos jornadas que contaron con la presencia de 38 expertos. Las observaciones de estas ocho recomendaciones fueron analizadas cualitativamente, donde el análisis temático en cada una de ellas llevó a establecer categorías de consenso, oposición y diferencia, intentando rescatar todos los elementos relevantes en términos de saturación de contenidos y aportes novedosos. Es importante mencionar que el proceso de análisis temático no fue sólo sobre estas ocho recomendaciones, sino sobre las veinte recomendaciones

que más observaciones arrojaron, con el fin de dar mayor contexto y entender las diferentes posturas de los expertos. A continuación, en la Tabla N° 9 se muestra un resumen del análisis cualitativo de las ocho recomendaciones seleccionadas para la jornada presencial.

Tabla N° 9: Resumen del análisis cualitativo de recomendaciones a discutir en jornada

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°2</p> <p>La residencia debe ser mirada como la mejor opción para un grupo de jóvenes de necesidades múltiples y complejas, para quienes la atención en un programa familiar o comunitario no es necesariamente la mejor alternativa. Es decir, las residencias de protección no deben ser consideradas como “el último recurso”.</p>	<p>Se manifiesta desacuerdo con que las residencias representen la mejor opción, argumentando que las residencias impactan negativamente en la integridad de los jóvenes, siendo mejor una alternativa familiar.</p>	<p>La mayoría de los comentarios expresan un acuerdo total o parcial respecto a que las residencias no sean comprendidas como el “último recurso”.</p>	<p>Se plantea que el lenguaje con el cual está construida la recomendación no es el adecuado, sugiriendo su reformulación. En particular, se sugiere cautela al hablar de “mejor opción” y “último recurso”, para no dar una impresión demasiado drástica, siendo central definir claramente el perfil de jóvenes que las utilizarán.</p>
<p>N°5</p> <p>El tiempo de permanencia en la residencia no debe estar predeterminado, debe ser analizado caso a caso. Por ende, la transitoriedad de la estadía en la residencia no debe ser un objetivo en sí mismo.</p>	<p>Las residencias son vistas como una solución transitoria, puesto que el objetivo último es que los jóvenes se inserten en sus respectivas unidades familiares.</p>	<p>Debe ser analizado caso a caso el tiempo de permanencia de los jóvenes en la residencia, pudiendo prolongarse indefinidamente según lo requiera el joven.</p>	<p>No se encontraron observaciones de diferencia.</p>

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°11</p> <p>Se recomienda que el sistema de protección exija que los trabajadores de las residencias tengan título profesional, especialmente los cuidadores de trato directo, a través de una carrera universitaria que otorgue elementos teóricos y prácticos, que permitan establecer relaciones cercanas entre profesionales y jóvenes; estimular la socialización y la inclusión; incitar el aprendizaje a través de la creatividad; promover el trabajo en equipo; trabajar en alianza con la familia y tener una mirada holística de los jóvenes.</p> <p>Además, se debe establecer y mantener un registro actualizado de personas que están certificadas y que cumplen los requisitos para trabajar con jóvenes vulnerados.</p>	<p>Las credenciales educativas no siempre aseguran un buen desempeño laboral. Se pone en entredicho la cualificación que entregan las credenciales educativas, puesto que se requiere un alto nivel de habilidades blandas para desempeñar este tipo de trabajos.</p>	<p>Se acepta la recomendación, pero se deben proveer los recursos necesarios para contratar a personal profesional.</p> <p>Se especifica que resulta fundamental contar con los recursos para solventar la exigencia.</p>	<p>No es necesario que los trabajadores tengan título profesional, también es aceptable un título técnico. Se acepta la necesidad de certificación de los trabajadores, pero no necesariamente se requieren estudios profesionales impartidos por universidades. Se debiesen aceptar títulos técnicos como mínimo.</p>

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p style="text-align: center;">N°19</p> <p>Las residencias deben acoger a un máximo de 10 jóvenes, en un entorno lo más semejante posible a un ambiente familiar. Sin embargo, es importante considerar que en el caso de Chile, y otros países en vías de desarrollo, se debe flexibilizar el principio de "<u>normalización</u>" dada la necesidad de contar, al interior de la residencia, con servicios que los sistemas de protección, salud y educación no proveen con la calidad y oportunidad que los jóvenes requieren.</p>	<p>Se plantean algunas alternativas para incluir a una mayor cantidad de jóvenes en las residencias, sin que esto afecte la calidad de la intervención. Particularmente, se sugiere dividir la residencia en conglomerados.</p> <p>-Se manifiesta que los servicios no debiesen proveerse al interior de las residencias, sino preferentemente mediante redes externas. En algunas observaciones se alerta sobre el riesgo de convertir a las residencias en instituciones totalizantes.</p> <p>-No se debe renunciar a la acción intersectorial. Se detalla que no se debiese abandonar el intento de que cada sector asuma su responsabilidad en la provisión de servicios.</p>		<p>-Se plantea que el máximo de jóvenes en una residencia depende de la cantidad de educadores disponibles para tratarlos, por una parte, o del perfil de los jóvenes, por otra.</p> <p>-Deberían ser incluso más pequeñas (entre 7 y 8 jóvenes).</p>

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°35</p> <p>Los jóvenes deben recibir intervenciones de equipos multidisciplinarios, en términos de salud, educación, socialización, soporte legal y protección. Dado que el intersector en Chile aún no garantiza servicios oportunos, la residencia debe contar con trabajadores sociales, profesionales de la educación, terapeutas ocupacionales, técnicos sociales y psicólogos infanto-juveniles. Además, debe disponer de servicios de médicos, psiquiatras y abogados.</p>	<p>-Se expresa que la responsabilidad recae sobre el intersector; en algunos casos incluso procurando aumentar la presión sobre éstos para que asuman su responsabilidad.</p> <p>-Se manifiestan dudas sobre la factibilidad de incorporar tal diversidad de especialistas en función de los recursos disponibles.</p> <p>-Se señalan ciertos reparos respecto a la propuesta de incorporar un equipo multi-disciplinario al interior de las residencias, puesto que al egresar los jóvenes no estarían preparados para de-senvolverse en un entorno donde es más difícil acceder a los servicios.</p>	<p>Se concuerda con la necesidad y utilidad de incorporar un equipo multidisciplinario al interior de las residencias para proveer de servicios elementales a los jóvenes, sólo en casos donde la provisión externa de servicios no sea posible o muy dificultosa.</p>	

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°39</p> <p>El equipo de trato directo o tutor (denominado principalmente Keyworker en la literatura internacional) tiene un rol fundamental en el desarrollo de los jóvenes. Deben tener educación superior o universitaria, facilidad de vinculación con jóvenes y tolerancia a la frustración. Dado que en Chile no existe una carrera de educador social o sociopedagogo, es necesario que los tutores reciban una inducción y nivelación de al menos 2 meses antes de comenzar a trabajar en la residencia. Además, es fundamental que sea parte de un programa de formación continua.</p>		<p>-Se enfatiza la necesidad de entregar un servicio de acompañamiento, capacitación y soporte al trabajador, complementario a la recomendación principal.</p> <p>-Dos meses aún es poco en relación con la formación requerida.</p>	<p>-Contrario a lo que afirma la recomendación, se plantea que efectivamente existe una carrera de educador social o sociopedagogo en Chile, especificándose en dos observaciones el lugar donde se imparte.</p> <p>-Se debe acotar mejor el perfil educacional del especialista. Por ello se sugiere definir de modo más preciso qué se entenderá por título superior, recomendando además incluir también trabajadores con educación técnica profesional.</p> <p>-Se recomienda que el trabajador sea especialista en temas específicos (salud mental principalmente).</p>

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°61</p> <p>El equipo de la residencia debe realizar una evaluación diagnóstica completa y rigurosa de necesidades de los jóvenes, elaborada en base a técnicas e instrumentos estandarizados y validados a nivel nacional que garanticen la objetividad y el rigor de las valoraciones. Este proceso debe indagar tanto en los problemas y carencias, como en las fortalezas y capacidades de los jóvenes. Este diagnóstico debe ejecutarse durante el primer mes desde el ingreso con el fin de fundamentar y justificar el plan de trabajo con el joven. Además, debe ser la línea base para valorar posteriormente los resultados y cambios conseguidos.</p>	<p>Se sugiere no utilizar pruebas estandarizadas. Se recomienda que los diagnósticos se realicen de modo más simple y sutil, a fin de agilizar el proceso, pasando así inadvertido en la cotidianidad de los jóvenes.</p>	<p>Se acepta la idea de implementar una evaluación diagnóstica completa y rigurosa. Se recomienda que la evaluación diagnóstica se realice con mesura, a fin de no sobre-diagnosticar a los jóvenes.</p>	<p>Se recomienda considerar diagnósticos previos a la institucionalización. Por ello se sugiere complementar la evaluación con otros diagnósticos realizados con anterioridad a los jóvenes.</p>

Recomendación	Oposición	Consenso	Diferencia
<p>N°81</p> <p>Es necesario realizar un diagnóstico ecológico sistémico de la familia, utilizando instrumentos estandarizados basados en evidencia, que permitan tomar decisiones en base a información objetiva respecto a cómo trabajar con las familias. No obstante, es necesario considerar que ningún instrumento es 100% confiable, por lo que este análisis debe ser complementado con el criterio del equipo. Se debe contemplar, como parte de las alternativas, que el trabajo con familia no siempre es posible o recomendable ya que los riesgos pueden ser mayores que los beneficios; para estos casos se deben buscar otras alternativas para garantizar el bienestar del joven.</p>	<p>-Se reitera la sugerencia de no trabajar con instrumentos estandarizados, proponiendo otro tipo de metodologías más flexibles.</p> <p>-El trabajo familiar es siempre un objetivo central. Si bien se admite la necesidad de realizar un diagnóstico ecológico sistémico de la familia, existe desacuerdo con la idea de que "no siempre es posible o recomendable" trabajar con ella. Principalmente se sugiere trabajar con un concepto de familia extensa, a fin de incorporar vínculos con otros familiares del joven.</p>	<p>Se acepta la decisión de que, en algunos casos, puede no ser recomendable o posible trabajar con la familia. Sin embargo, estas decisiones deben estar fundamentadas una vez agotadas todas las instancias de trabajo con la familia extensa.</p>	

3.4.3 SÍNTESIS DE LA JORNADA PRESENCIAL DEL PANEL DE EXPERTOS

Las jornadas presenciales se efectuaron los días 24 y 25 de abril del 2017. Los asistentes fueron convocados por estar ligados a temáticas relacionadas en su quehacer con residencias de protección infanto-adolescentes, ya sea en la academia, gobierno o sociedad civil, a nivel nacional e internacional. El listado de los participantes se encuentra en el apartado de metodología RAM, en el capítulo 3.

Ambas jornadas contaron con un total de 38 asistentes, donde se conversó respecto de las ocho recomendaciones seleccionadas, dándose espacios para plantear observaciones tanto del proceso

como del sistema de protección a la infancia y adolescencia en Chile. A continuación se presenta una síntesis de los principales comentarios que surgieron, los que se clasificaron en términos de política pública, intervención y formación de trabajadores.

A) POLÍTICA PÚBLICA

En términos de política pública, se discutieron temáticas relacionadas con el sistema de protección a la infancia en general, donde hubo consenso entre los invitados en relación a la influencia histórica para la adopción de modelos en Chile. En este sentido se planteó que ha existido una visión cortoplacista, que no considera variables como, por ejemplo, el “costo-beneficio” de implementar políticas planificadas y de alta calidad para familias, niños y adolescentes. De igual forma se manifestó también la inevitable trayectoria programática a lo largo del ciclo vital de aquellos que no han recibido servicios oportunos desde la primera infancia.

En las jornadas se planteó además que los servicios de protección especializados deben funcionar en red con otros servicios ligados a salud, educación y vivienda, entre otros, donde debe realizarse un trabajo preventivo y con evaluaciones intersectoriales constantes. Se recaló la escasa coordinación entre diversos servicios, la baja oferta de éstos en relación con las necesidades de los jóvenes que viven en residencias, y se especificó la baja cobertura existente en salud mental, además de sobrecarga y baja especialización en el sistema de justicia. También hubo planteamientos relacionados con la excesiva burocracia y lentitud por parte del intersector para dar respuesta a las necesidades de estos jóvenes.

Un elemento que surgió por parte de algunos expertos es la necesidad de realizar una planificación que considere elementos de corto, mediano y largo plazo en la mejora de estándares para residencias de protección.

B) INTERVENCIÓN

Con respecto a la intervención que debe realizar la residencia, las opiniones de los expertos se enmarcaron en tres ejes fundamentales:

en primer lugar la correcta derivación al dispositivo, luego la necesidad de que la residencia deba ser permanente o transitoria y, por último surgieron características específicas que este dispositivo debiera tener. En relación al primer eje, algunos de los expertos afirmaron que existe una propensión a derivar a residencias a niños o adolescentes que viven en pobreza, y que las problemáticas que tienen derivan de ésta, lo que conduce a que la cantidad de usuarios exceda con creces la cantidad estimada que debiera haber por la evidencia internacional. Ante este diagnóstico, el primer paso debiera ser determinar el número real de jóvenes que deben estar en residencias, donde el sistema de justicia pasa a ser uno de los protagonistas, específicamente la figura del juez. Sin embargo, algunos de los asistentes plantearon que la figura del juez es la que más se visualiza, pero que esta problemática responde una vez más a fallas del intersector en su globalidad, donde los servicios no son oportunos, de baja calidad y de difícil acceso, lo que contribuye en gran medida a que muchos niños y adolescentes que no debieran estar en residencias lo estén.

Luego, en relación al segundo eje mencionado, en ambas jornadas se discutió si las residencias deben ser transitorias o permanentes, habiendo diferentes puntos de vista. Algunos sostenían que deben ser un espacio transitorio, entendiendo que la familia es el lugar donde deben estar los adolescentes, por lo que mientras menos tiempo estén en la residencia, más positivo sería para los jóvenes. Por otro lado, la mayoría de los asistentes que opinaron sobre este tema concordaban con que hay un cierto perfil de jóvenes que requiere de residencias de modo permanente, ya que sus familias, por diversos motivos, no pueden hacerse cargo y estos jóvenes requieren un lugar estable y especializado que les permita reparar sus historias de múltiples vulneraciones de derechos. Por ello, algunos expertos plantearon que años de vulneración no se pueden resolver en lapsos cortos de tiempo; no obstante se aclaró que las residencias deben ser un dispositivo sólo para cierto perfil de niños y adolescentes que requieran de estos servicios. Otro punto de vista que surgió en la jornada es el relacionado con el tiempo de permanencia en la residencia. El tiempo de permanencia no debiera ser un objetivo en sí mismo, sino que debe determinarse en base a las necesidades del joven. La residencia, en tanto, debe ser un dispositivo preparado para el trabajo con jóvenes, independiente de su tiempo de permanencia en ella.

Por último, en términos de elementos específicos de la intervención, parte de los asistentes afirmó que los enfoques fundamentales a considerar para dispositivos de este estilo son el del trauma y el apego, y que los objetivos de la residencia deben ser que el joven aprenda a manejar emociones y a vincularse con la comunidad. También se planteó que la residencia debe velar para que el tiempo de permanencia de los jóvenes esté definido por sus propios progresos, posibilitando espacios que sean terapéuticos y reparadores. De lo contrario, cuando el tiempo de estadía está predefinido o definido según otros principios, ello puede ser un factor más de vulneración. En relación al principio de normalización, se plantea que no deben realizarse al interior de la residencia todas las intervenciones o provisión de servicios que sean requeridos por el joven, ya que eso podría fomentar el aislamiento de los contextos sociales en los que debiesen estar incluidos. Por lo mismo, se debe evitar configurar a las residencias como instituciones totalizantes, planteándose que el intersector es el que debiera proveer varios de los servicios que estos jóvenes requieren.

Otro elemento respecto a este eje tiene relación con el planteamiento de que debe haber una evaluación diagnóstica constante, con pruebas basadas en evidencia y observación por parte del equipo. Esta evaluación permitiría evitar generalizaciones y determinar si el joven debe seguir en ese dispositivo o ver otras alternativas que sean más adecuadas, como por ejemplo reunificación familiar o familia de acogida.

C) FORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS

En general, todos los expertos convocados concordaron que los trabajadores de residencia deben ser personas con formación especializada, siendo muy pocos los que manifestaron que las educadoras de trato directo —que hoy están a cargo de los jóvenes— son quienes debieran seguir haciéndolo. Las discrepancias generales se encontraron en el nivel de formación que debieran tener, donde algunos manifestaban que debiera ser universitaria y otros de tipo técnico. Existía acuerdo en que el sistema debe tener la capacidad para pesquisar competencias y habilidades blandas individuales,

fundamentales para este tipo de trabajos, y dentro de éstas resaltaron la empatía, la capacidad de establecer apegos seguros y la escucha incondicional.

Otro elemento destacado por los expertos es sobre la necesidad de planificación en la implementación de estándares educacionales para la creación de una carrera que forme profesionales para esta área, donde debiera existir una mirada de largo plazo, con un sistema de acreditación para las personas que decidan dedicarse al trabajo en residencias.

Se concordó también, entre la mayoría de los expertos, la importancia de que haya un equipo multidisciplinario, para la comprensión más rigurosa de los requerimientos e identificación de las necesidades de los jóvenes, donde es fundamental incorporar profesionales especializados en trabajo intensivo con familias.

3.5

PROPUESTA DE 90 RECOMENDACIONES DE ESTÁNDARES PARA UN NUEVO MODELO DE RESIDENCIA

Las recomendaciones que a continuación se presentan, tal como ya se ha explicado, son la culminación de un proceso exhaustivo, profundo e intenso relacionado con la necesidad de mejora de la Fundación Hogar de Cristo, en términos de los servicios que está entregando a los jóvenes en residencias, específicamente para aquellos entre 12 y 18 años con necesidades múltiples y complejas. Esta búsqueda de estándares de calidad para los servicios residenciales responde también a un momento de inflexión a nivel nacional, donde hay convergencia en la gran cantidad de diagnósticos existentes sobre la urgencia de cambiar el sistema residencial en Chile. Con lo anterior, a continuación se presentan las 90 recomendaciones aprobadas por los expertos convocados y que plantean una propuesta concreta sobre cómo debe ser una residencia especializada para jóvenes que promueva el bienestar y la inclusión social. Tal como se mencionó en el apartado de la metodología, en un comienzo se llegó a 90 estándares

a partir de la revisión de la literatura, donde luego de ser analizados en términos cuantitativos y cualitativos, algunos fueron divididos por considerarse que trataban más de un tema, y otros fusionados por considerarse que las temáticas que trataban eran similares. De esta forma, quedaron 90 recomendaciones o estándares consensuados por los 47 expertos a nivel nacional e internacional que fueron partícipes de esta convocatoria. Las recomendaciones destacadas en color negro, son las que fueron modificadas y consensuadas.

A) CONTEXTO POLÍTICA PÚBLICA

1. Las residencias deben ser parte de un continuo de protección. Es necesario que el sistema de protección disponga de dispositivos residenciales, en conjunto con otros programas de cuidado, como familias de acogida, familias adoptivas y programas ambulatorios.
2. **La residencia debe ser considerada como una opción recomendable para un grupo de jóvenes de necesidades múltiples y complejas –mayores de 12 años– para quienes permanecer en su familia nuclear/extensa no es posible o pertinente, o para quienes los programas de acogida familiar no se ajustan a sus necesidades. Es decir, las residencias deben existir en un continuo de protección y deben estar disponibles para atender los requerimientos particulares de los jóvenes.**
3. La estabilidad es crucial para la reparación emocional de jóvenes con historias de trauma. Sin embargo, es frecuente que los jóvenes experimenten múltiples colocaciones entre distintos programas de cuidado. Por lo tanto, se recomienda que el sistema de protección reduzca al mínimo posible los movimientos dentro de un mismo tipo de programa como entre distintos tipos de dispositivos. Para ello, es fundamental contar con una variada oferta programática de calidad, para así disminuir los errores de derivación a programas incompatibles para el joven.
4. Debe existir un organismo encargado de diagnosticar (en caso de que no se cuente con diagnóstico actualizado) y derivar a los jóvenes a las residencias o programa idóneo. Para esto, es central contar con un sistema unificado de información de los usuarios. Luego, la derivación que el juez realice debe ser adecuada a las

necesidades del joven y respetar los límites que cada residencia tiene en términos de capacidad y especialización.

5. **El tiempo de permanencia en la residencia debe ser analizado caso a caso de manera periódica, para adaptarse a las necesidades del joven. Por ende, la residencia debe estar preparada para ajustarse al tiempo que el joven requiera.**
6. Ningún joven debiera estar en una residencia por razones estrictamente económicas. El sistema de protección debiera resolver, a través de distintas prestaciones o servicios, los temas asociados a impedimentos económicos y sus repercusiones directas asociadas. No se deben resolver este tipo de problemáticas en un programa residencial, sobre todo cuando la familia puede hacerse cargo del joven.
7. El sistema de educación debe entregar respuesta a las complejidades de los jóvenes en residencia. Para ello, es fundamental asegurar la coordinación y comunicación entre el sistema de protección y el sistema educativo, de modo de tomar las medidas necesarias que permitan una mayor igualdad de oportunidades educativas, sobre todo para aquellos jóvenes con necesidades especiales y problemas de aprendizaje. Asimismo, se recomienda que exista un coordinador –con la confidencialidad pertinente– de los casos con medidas de protección.
8. Los jóvenes en cuidado alternativo deben tener acceso prioritario a los servicios de salud, especialmente a aquellos de salud mental. Para esto, es fundamental que se capacite a los profesionales de los dispositivos de salud en temas de protección infanto-adolescente y se profundice sobre sus necesidades particulares. Se debe garantizar que las solicitudes de diagnóstico y tratamiento encuentren respuestas adecuadas y ágiles en el sistema público, para lo que es crucial mejorar el alcance y la disponibilidad de servicios, junto con simplificar los caminos de la derivación desde los programas de protección hacia los proveedores de salud.
9. Se recomienda reducir el número de niños y niñas menores de 12 años en residencias de protección, y realizar el mayor esfuerzo por eliminar completamente las residencias para menores de 6 años. Para esto, es fundamental contar con programas intensivos de apoyo para las familias de origen; un buen sistema de familias

adoptivas; y programas de familia de acogida de alta calidad (extensas y externas), que sean complementados con servicios ambulatorios especializados.

10. Se recomienda que existan diversos tipos de residencias de protección para jóvenes mayores de 12 años (como a continuación se detallarán), con distintos niveles de especialización de acuerdo a sus características, para evitar que personas con distintos perfiles y niveles de daño estén juntos en un mismo establecimiento.

10.1. Residencias básicas o “mainstream”: son de corta estadía y acogen a jóvenes con dificultades transitorias (asuntos de tuición y cuidado) con problemas de conducta leve y que tienen posibilidades de reunificación familiar.

10.2. Residencias de respiro: entregan la posibilidad de alojamiento temporal a jóvenes, en casos en que la convivencia familiar se convierta en una fuente de tensión excesiva o riesgo de vulneración. Reciben derivaciones de dispositivos ambulatorios de trabajo intensivo con familia o de programas para familias con jóvenes con discapacidad. El tiempo de permanencia es máximo 30 días al año.

10.3. Residencias de urgencia: proporciona atención inmediata ante situaciones de crisis que requieren la salida urgente del joven de su casa para su protección. Se recomienda limitar su permanencia a un máximo de tres meses.

10.4. Residencias terapéuticas especializadas: acogen a jóvenes con dificultades emocionales y de comportamiento de carácter complejo, que se traducen en conductas de riesgo y daño, por lo que requieren de tratamiento combinado. (Este es el tipo de residencia al que corresponden las recomendaciones de este documento).

10.5. Residencias para jóvenes con discapacidades físicas o psíquicas de carácter severo que requieren de un nivel de atención especializado y servicios médicos adicionales. Estos dispositivos pueden ser de largo plazo o temporales. Los jóvenes con discapacidades leves o moderadas deberían ser integrados a las residencias convencionales según sus necesidades.

10.6. Residencias seguras: proveen de soporte intensivo en un ambiente controlado, altamente monitoreado y regulado. Están diseñadas para acoger a jóvenes mayores de 13 años que poseen patologías de salud mental que requieran de tratamiento combinado; que puede provocarse daño a sí mismo o dañar a otras personas, llegando incluso a la muerte.

10.7. Residencias de egreso o casas compartidas: entregan atención y apoyo a jóvenes mayores de 18 años en su transición a la vida adulta.

11. El sistema de protección debiera contemplar un sistema de acreditación de los profesionales y técnicos que han sido formados como tutores y que cumplen los requisitos para trabajar con jóvenes vulnerados en sus derechos.

12. Se recomienda garantizar un sistema nacional de evaluación de los resultados que tienen los egresados de residencias en el corto, mediano y largo plazo. En Chile y a nivel internacional existe escasa literatura respecto del impacto de la intervención residencial y la mayoría de los estudios existentes están basados en muestras pequeñas y no representativas, con débiles diseños metodológicos, falta de grupos de control y medidas estandarizadas.

B) INFRAESTRUCTURA

13. Todas las instalaciones deben estar adaptadas para poder recibir a jóvenes con discapacidad física leve o moderada.

14. Es importante contar con adecuada ventilación y luz natural en todas las áreas de la residencia. Considerar vidrios de seguridad, oscurecidos o pavonados, de ser necesario, para garantizar privacidad de los jóvenes.

15. No deben existir características institucionales en términos de la decoración interior y exterior de la residencia. Es decir, no se debe utilizar señalética ni ningún tipo de elemento que identifique el nombre de la residencia o la institución.

16. Se recomienda que las residencias terapéuticas especializadas, para mayores de 12 años, tengan establecimientos separados por sexo.
17. La residencia debe estar inserta en una comunidad heterogénea en términos socioeconómicos y tener buena conectividad con transporte público, escuelas, servicios de salud, comercio, instalaciones recreativas y otros servicios. Además, debe estar localizada en un territorio con bajos índices de delincuencia y violencia social en general.
18. Se recomienda que los jóvenes sean derivados a residencias dentro de su provincia, de modo que puedan estar en contacto con familia, amigos y vecinos; además de permitir la continuidad en su antiguo colegio. De igual forma, esto es fundamental para garantizar una intervención efectiva con las familias; asegurando la factibilidad del permanente contacto y visitas con familia de origen o figura significativas.
- 19. Las residencias deben acoger a un máximo de 10 jóvenes, en un entorno lo más semejante posible a un ambiente familiar.**
20. La residencia debe contar con un living-comedor de 81 metros cuadrados, que sea lo más parecido a un contexto familiar.
21. La residencia debe considerar un mínimo de 9 metros cuadrados por joven para espacios recreativos al aire libre (patio).
22. La residencia debe disponer de una sala para talleres grupales de 25 metros cuadrados. Además, un espacio apropiado y confortable para entrevistas individuales e intervención terapéutica con los jóvenes de al menos 6 metros cuadrados, que permitan cumplir con los objetivos de un programa especializado.
23. Debe tener una sala privada y acogedora de 18 metros cuadrados para recibir a las visitas familiares y realizar intervención familiar, con el fin de no interrumpir la rutina del resto de los jóvenes de la residencia.
24. Deben existir instalaciones para que los jóvenes estudien dentro de la residencia, las que deben ser silenciosas e iluminadas y tener suficiente espacio para escritorios y sillas (26 metros cuadrados). Además, deben incluir bibliotecas y muebles para guardar materiales de estudio.

25. La cocina debe estar diseñada de modo que permita la participación cotidiana de los jóvenes en la preparación de las comidas (23 metros cuadrados). Además, se debe contemplar una despensa abierta y accesible a los jóvenes. Esto es fundamental para desarrollar su autonomía y promover sus habilidades para la vida independiente.
26. Los jóvenes deben tener habitaciones individuales, de manera preferencial, de un mínimo de 7 metros cuadrados. De no ser posible, un máximo de dos jóvenes por habitación, considerando 5,6 metros cuadrados por cada persona adicional. Asimismo, no se recomienda el uso de camarotes; cada joven debe tener su propia cama.
27. Los jóvenes deben tener la posibilidad de decorar su habitación según sus intereses y tener un clóset o un espacio para guardar sus bienes personales.
28. Deberá existir al menos un baño por cada 4 jóvenes y una ducha por cada 5. Los baños (incluyendo ducha e inodoro) deben tener una superficie mínima de 7 metros cuadrados en total, considerando al menos 4 metros cuadrados para el área del inodoro (4,5 en caso de ser para personas con discapacidad). Las duchas deben ser individuales y cerradas para resguardar la privacidad.
29. Debe existir un baño con ducha para el equipo (6 metros cuadrados) y otro baño para el público en general (4 metros cuadrados); ambos separados e independientes de los baños de los jóvenes.
30. El equipo debe contar con una oficina de 35 metros cuadrados, con la implementación necesaria para su trabajo (computador, escritorio, mesa de reuniones). Además, deben tener espacios privados dentro de la residencia, incluyendo un camarín con lockers individuales para guardar objetos personales.
31. La residencia debe tener espacios de almacenamiento para medicinas y medicamentos (1 metro cuadrado), productos de mantenimiento y limpieza (3 metros cuadrados), bodega de alimentos perecibles y no perecibles (6 metros cuadrados); bodega de implementos educativos (3 metros cuadrados); bodega

de archivo de documentos importantes (3 metros cuadrados), entre otros.

32. La residencia debe tener lavandería de 11 metros cuadrados, la que debe estar separada de las áreas comunes, habitaciones y áreas de comida. Debe tener un espacio amplio y ventilado, que permita la separación de la ropa sucia y de la limpia. Debe incluir un lavatorio con escurridor, una lavadora y secadora con ventilación externa, de uso simple y accesible a los jóvenes.

C) EQUIPO RESIDENCIA

33. Todos los miembros del equipo deben tener –al menos– 25 años de edad, para asegurar 4 años de diferencia con el mayor de los jóvenes y para que cada miembro del equipo cuente con un mínimo de 3 años de experiencia laboral.
34. Se recomienda tener a trabajadores de ambos sexos, para promover en la vida cotidiana procesos de identificación, modelo de roles y relaciones de género.
35. **Se deben garantizar las prestaciones y servicios que los jóvenes viviendo en residencia requieren, en términos de salud, educación, socialización y soporte legal. Lo fundamental es asegurar las intervenciones integrales y multidisciplinarias de los jóvenes propendiendo a su normalización en la red general de atención, pero si ello no es posible, asegurarla con recursos internos o convenios con externos especializados.**
36. Debe existir una persona encargada del aseo y otra de la manipulación de alimentos en la residencia.
37. La formación del equipo de la residencia debe cubrir –al menos– los siguientes contenidos: enfoque ecológico sistémico, sistema de protección social; sistema de protección especializado infancia y adolescencia; marco jurídico y normativo de la protección infanto-adolescente; tipos y consecuencias de la experiencia de maltrato; enfoque sensible al trauma; teoría del apego; teoría del vínculo; intervención basada en relaciones; intervención con jóvenes en protección; intervención con familias con múltiples dificultades que no le han permitido cuidar a sus hijos; psicología

evolutiva de la niñez y la adolescencia; principales trastornos del desarrollo en la infancia y la adolescencia; perspectiva intercultural; y conocimiento de trabajo con población LGBT.

38. El director tiene un rol fundamental en el liderazgo del equipo y en garantizar la calidad de la atención de la residencia. Además, debe tener 5 años de experiencia y haber trabajado 2 años en una posición relevante en una residencia de protección de jóvenes. Conjuntamente, deberá tener cualificación universitaria en el ámbito del trabajo social, pedagogía, psicología o relacionada con la educación y la adolescencia.
39. **Se propone crear una figura de tutor (denominado Keyworker en la literatura internacional) que reciba formación profesional o técnica especializada de calidad que otorgue elementos teóricos y prácticos, que permitan establecer relaciones cercanas con los jóvenes; estimular la socialización y la inclusión; incitar el aprendizaje a través de la creatividad; promover el trabajo en equipo; trabajar en alianza con la familia y tener una mirada sensible al trauma y holística de los jóvenes. Esta carrera debe ser de alto nivel de exigencia y acreditada por todos los organismos correspondientes. Mientras tanto se propone que profesionales tales como terapeutas ocupacionales, profesores, educadores diferenciales, psicopedagogos, psicólogos o trabajadores sociales sean los que ocupen estos cargos luego de cursar una capacitación intensiva de nivelación e inducción de al menos dos meses. En ambos casos se debe garantizar una formación continua.**
40. Se recomienda hacer todos los esfuerzos necesarios para disminuir la rotación de los tutores, hecho que genera consecuencias negativas en la intervención y en la estabilidad de los jóvenes. Para atraer y retener a profesionales competentes se deben garantizar buenas condiciones laborales; asegurar salarios y beneficios competitivos; aumentar el soporte administrativo; entregar supervisión a los equipos y disminuir los niveles de estrés laboral.
41. Los trabajadores deben recibir capacitación todos los años para actualizar contenidos directamente relacionados con la atención residencial especializada. Se recomienda que los trabajadores tengan, al menos, 48 horas pagadas de capacitación al año.

42. Se recomienda realizar supervisiones internas semanales, las que deben ser lideradas por el director de la residencia. En ellas se debe discutir sobre el servicio entregado a los jóvenes; reflexionar sobre el manejo de casos; detectar prácticas adecuadas e inadecuadas; analizar situaciones complejas; entregar apoyo emocional y cuidado al equipo. Se debe guardar registro de las acciones acordadas y monitorear su ejecución.
43. Se deben realizar supervisiones externas mensuales, con un consultor o facilitador, que entregue una visión autónoma y que pueda detectar situaciones potenciales de riesgo que no son visibilizadas por el equipo.
44. Las residencias deben realizar un riguroso proceso de selección de los trabajadores y voluntarios, antes de que empiecen sus labores, lo que implica revisar los siguientes aspectos: perfil psicológico adecuado, antecedentes penales, chequeo de identidad, confirmación cualificaciones requeridas y recomendaciones laborales de antiguos empleadores. Respecto a los voluntarios, resguardar la estabilidad de su apoyo en el tiempo, por lo que deben comprometerse con tiempos definidos previamente.

D) GESTIÓN DE LA RESIDENCIA

45. La planificación de la residencia debe considerar la vida cotidiana como un elemento terapéutico; no sólo utilizando la hora formal de terapia para hacer intervención con los jóvenes, sino que aprovechando las 24 horas de la jornada como posibles momentos de aprendizaje y resignificación de la propia historia. Es importante que la planificación diaria sea conocida por todos, entregando sentido de orden, continuidad y consistencia, de modo de aumentar la seguridad y disminuir la ansiedad de los jóvenes. Asimismo, la planificación debe hacer sentir a los jóvenes en ambiente familiar, flexible y participativo, evitando reproducir experiencias de contextos institucionales totalizantes.
46. Los turnos deben estar diseñados de modo de asegurar la predictibilidad y estabilidad en la vida de los jóvenes, evitando las rotaciones intensivas que obligan a largas jornadas en varios días seguidos y a posteriores días de descanso, lo que tiene como

consecuencia una relación intermitente y con varios días de ausencia. Además, las jornadas de trabajo deben ser apropiadas para asegurar la capacidad y el bienestar de los trabajadores. Igualmente, se debe considerar refuerzo a la dotación en situaciones de casos complejos, nuevos ingresos, salidas o celebraciones.

47. El horario del equipo debe ser compatible con el horario escolar de los jóvenes y laboral de las familias; esto considerando tanto la intervención en la residencia como la domiciliaria.
48. Cada vez que se realice un cambio de turno, los trabajadores deben contar con un margen de tiempo –por lo menos 30 minutos– en el cual deben intercambiar información relevante sobre los jóvenes, tiempo que debe ser considerado parte de la jornada laboral.
49. Se debe asegurar dentro de la rutina diaria espacios de encuentro entre los jóvenes y el equipo para que puedan expresar sus preocupaciones, deseos y planificar el día. La duración de estas reuniones dependerá de las necesidades del equipo y de los jóvenes.
50. Cada residencia debe tener un reglamento de convivencia, que debe ser actualizado periódicamente, para fijar límites de comportamiento y garantizar la seguridad de todos. Estas normas deben ser acordadas en conjunto con los jóvenes, asegurando que ellos comprendan la importancia de su existencia; además de ser definidas con un sentido de justicia, orientación restaurativa y sanciones proporcionales a la falta.
51. Se recomienda que el equipo no comparta su dirección o teléfono personal, ni contacte o incorpore a los jóvenes en redes sociales (Facebook, Twitter o Instagram); tampoco se debe permitir que los jóvenes visiten a los trabajadores en sus domicilios particulares. Igualmente, los trabajadores deben ser cuidadosos al compartir información sobre su vida personal, intentando mantener un equilibrio entre la generación de una relación cercana y la protección de ambos.
52. Se debe permitir a los jóvenes tener acceso a televisión, internet y teléfonos celulares, con controles para limitar el acceso a

contenidos inapropiados para su edad. El equipo debe trabajar con los jóvenes para que comprendan que el riesgo es una parte normal del crecimiento y enseñarles a mantenerse seguros cuando utilizan las nuevas tecnologías.

- 53.** Deben existir protocolos establecidos sobre cómo actuar cuando un joven hace abandono de la residencia. Los trabajadores deben buscarlo activamente, incluyendo un trabajo conjunto con la policía cuando sea apropiado. Al regreso del adolescente, el jefe de programa, el trabajador social y el tutor deben indagar las razones del abandono y tomar las acciones necesarias para prevenir que vuelva a suceder. Cualquier reporte que indique que el joven hizo abandono por abusos en la residencia deben ser referidos inmediatamente a las autoridades y tomar acciones para protegerlo de ser necesario.
- 54.** La residencia debe tener registro digital de los antecedentes e informes de los jóvenes y sus familias, los cuales deben ser guardados de manera segura y confidencial. Los jóvenes y sus familias deben tener acceso a estos archivos, bajo el criterio y orientación del equipo. Estos registros deben contener antecedentes personales y familiares; información de salud (copia de diagnósticos y exámenes físicos y psicológicos, vacunas); información de educación (copia de evaluaciones); información de protección (historial, causas de ingreso y egreso); registro de visitas y contactos; reportes de incidentes y conflictos; copia de documentos legales (certificado de nacimiento, órdenes judiciales); informe diagnóstico y plan de intervención en la residencia; informe de avance y monitoreo del adolescente; minutas de reuniones de equipo, minuta de supervisiones de equipo.
- 55.** Es fundamental darle relevancia a la cultura organizacional, ya que ésta es la que le dará coherencia a todo el funcionamiento de la residencia. Ésta debe ser centrada en los jóvenes y basada en la construcción de vínculos afectivos reparadores, donde ellos sientan la seguridad de que sus derechos serán garantizados en los términos que lo requieran; debe facilitar participación de los adolescentes en todos los aspectos de la vida diaria y sus planes futuros; debe promover el respeto e involucramiento de su

familia y cualquier persona importante para ellos. Asimismo, el equipo debe establecer relaciones basadas en la confianza con una comunicación efectiva y con una estratificación horizontal entre tutores y profesionales, donde cada uno tiene un rol determinante para el éxito de la intervención.

E) INTERVENCIÓN CON JÓVENES DE LAS RESIDENCIAS

56. Antes del ingreso del joven a la residencia, se debe asegurar que el equipo cuente con toda la documentación necesaria del caso, con al menos 48 horas de anticipación (causal de derivación, expediente, informes sociales, escolaridad, salud, etc.).
57. Al momento del ingreso del joven a la residencia, el equipo debe destinar tiempo para recibirlo de manera acogedora, siendo particularmente sensible a sus emociones y preocupaciones. El tutor del joven debe recibirlo con especial dedicación y preocuparse de construir un vínculo que le permita constituirse en un referente para él y su familia; debe mostrarle el lugar y presentarle a sus compañeros y al equipo; asegurarse de que tenga los implementos básicos necesarios; y preocuparse de acompañarlo las primeras horas.
58. La residencia debe facilitar e incentivar que los jóvenes lleven sus posesiones más preciadas (fotografías, muñecos, ropa, etc.) para procurar la continuidad y estabilidad en su vida. Se debe evaluar –de acuerdo a los recursos e infraestructura del programa– la posibilidad de que ingresen junto a sus mascotas.
59. Se recomienda que las residencias tengan un libro de bienvenida, que contenga los derechos de los jóvenes, las reglas y expectativas de la vida en la residencia; ayudando a los jóvenes a comprender la estructura del equipo y los servicios desde el comienzo. Es importante enmarcar estas reglas como una forma de garantizar el bienestar y responder a las necesidades de todos los jóvenes de la residencia.
60. **El equipo de la residencia debe realizar una evaluación integral y rigurosa de recursos y necesidades de los jóvenes, en la que se utilizarán instrumentos estandarizados validados a nivel nacional, más observaciones del equipo de la cotidianidad del**

joven que serán vaciadas en un registro personalizado. Todo lo anterior complementado con la información previa existente. Esta evaluación debe ejecutarse durante el primer mes desde el ingreso con el fin de fundamentar y justificar el plan de trabajo con el joven. Además, debe ser la línea base para valorar posteriormente los resultados y cambios conseguidos a nivel de programa y de política.

61. La evaluación diagnóstica debe considerar –al menos– las siguientes dimensiones y categorías: las necesidades de desarrollo del adolescente (salud, educación, desarrollo emocional y del comportamiento, perfil de trauma, identidad, relaciones sociales y familiares, habilidades sociales, habilidades de autocuidado); los factores familiares y del entorno (recursos comunitarios, integración social de la familia, ingresos, empleo, vivienda, familia extensa, historia familiar); capacidad para la parentalidad (cuidado básico, resguardo de seguridad, contención emocional, estimulación, límites y autoridad, estabilidad).
62. El plan de intervención debe establecer los procesos y procedimientos que se llevarán a cabo para satisfacer las necesidades identificadas en el diagnóstico inicial. Este debe ser realizado por un equipo interdisciplinario de la residencia, dentro del primer mes de ingreso, con la participación de los jóvenes y la familia (de ser posible).
63. Este plan debe establecer: objetivos (fijar los resultados a alcanzar con la intervención); actividades y responsables (detallar el tipo de intervención a desarrollar para alcanzar cada objetivo); recursos (recoger el tipo de recursos tanto humanos como materiales y contextuales que son necesarios para estas actividades); plazos (especifica el plazo previsto para el desarrollo de la intervención con cada objetivo); e indicadores de logro (indica forma de medir los resultados de manera objetiva y concreta).
64. Es relevante evaluar y monitorear el plan de intervención frecuentemente. Primero, debe ser revisado en la supervisión semanal liderada por el director del programa. Luego, el plan debe ser revisado en la supervisión mensual en la que participa el supervisor externo, el equipo, el tutor, el joven y su familia; instancia donde se revisan y/o modifican las actividades si no se han conseguido los resultados deseados.

65. Es crucial realizar reuniones ampliadas intersectoriales para identificar las barreras e idear posibles soluciones conjuntas. En estas instancias debe participar un equipo multidisciplinario de profesionales involucrados en el caso, incluyendo representantes de la residencia, del sistema de protección, del sistema judicial, del sistema educacional, del sistema de salud, junto con la participación de la familia y los jóvenes.
66. Se recomienda que la residencia trabaje con un enfoque basado en las relaciones. Es decir, un trabajo basado en el potencial reparador de los vínculos afectivos, que busque construir relaciones de confianza, seguridad, conexión e intimidad entre los cuidadores y los jóvenes. Éste debe apoyar a los jóvenes a formar nuevas relaciones con los adultos y mostrarles que la residencia es un lugar donde se pueden sentir seguros, protegidos, escuchados y tomados en cuenta.
67. Se debe promover una intervención basada en las fortalezas. El punto inicial de la intervención no debe ser los problemas y déficits de los jóvenes sino que sus competencias y potencial de crecimiento. Las expectativas que tienen los jóvenes sobre su futuro son uno de los grandes factores que determinan el éxito de la transición a la adultez. Por lo tanto, se recomienda diseñar programas residenciales que fomenten el desarrollo de una autopercepción positiva en los jóvenes, aumenten sus aspiraciones y les entreguen preparación en áreas concretas para enfrentar su paso a la vida adulta, de modo de evitar que se desarrollen profecías autocumplidas.
68. Es relevante que los equipos incentiven las relaciones de amistad de los jóvenes. Se deben facilitar las visitas de amigos u otras personas significativas ya sea en sus casas o en la residencia. No obstante, es importante que establezcan criterios explícitos para que los jóvenes sepan cuándo pueden traer a sus amistades y el modo de hacerlo, especialmente en celebraciones. Sin perjuicio de que puedan existir situaciones puntuales en que el equipo con razones fundadas desaconseje ciertas visitas por un período determinado.
69. Se recomienda promover y fortalecer las relaciones con los hermanos. Para ello, es fundamental que los hermanos sean destinados a una misma residencia o que mantengan contacto

permanente con ellos. Sólo en ocasiones excepcionales existe un beneficio al separar a los hermanos, como en el caso de excesiva rivalidad o relaciones de abuso y/o violencia.

- 70.** Se recomienda realizar actividades deportivas, culturales y de ocio (dentro y fuera de la residencia) como parte fundamental del plan de intervención de los jóvenes, para lo cual el director de programa debe contar con presupuesto. Además, se debe contemplar tiempo para que los adolescentes puedan relajarse, estar solos o simplemente no hacer nada.
- 71.** Se recomienda trabajar con un enfoque sensible al trauma: la residencia debe ser un espacio de sanación, no sólo un lugar para vivir. Para ello, los equipos deben comprender el concepto trauma y sus desencadenantes, entender que las conductas repetitivas y los comportamientos desafiantes de los jóvenes son reflejo de su historia de trauma, junto con el impacto que tienen estas historias en cómo los jóvenes se ven a sí mismos y a los demás.
- 72.** Se recomienda que el equipo de la residencia esté capacitado y cuente con protocolos para el manejo del comportamiento; incluyendo la intervención en crisis, casos de violencia, conductas o ideación suicida, autoagresiones, uso de sustancias, portación de armas, entre otros. Deben comprender que las conductas agresivas son expresiones del trauma, dolor y necesidad, por lo tanto las estrategias para abordarlas deben responder a las necesidades de los jóvenes. Estos episodios de crisis deben ser vistos como una oportunidad de aprendizaje y reparación.
- 73.** Las siguientes sanciones o medidas disciplinarias no deben ser aplicadas a los jóvenes en ninguna circunstancia: ningún tipo de castigo físico o amenaza de ello; uso de lenguaje violento o abusivo; privación de alimentos, cama o abrigo; privación de comunicación o visitas a familiares (salvo decisiones judiciales o administrativas); aislamiento físico en una habitación cerrada; cualquier tipo de examen o registro íntimo; imposición de trabajos o esfuerzos desproporcionados a la conducta inadecuada o a la capacidad del niño o adolescente; uso de habitaciones o salas de contención (salvo en centros específicos y autorizados para ello); cualquier sanción que implique humillación, atente a la dignidad

de los jóvenes o que sea desproporcionada en función de la edad o la conducta que se desea corregir. Además, se recomienda que la residencia reduzca al mínimo la participación de la policía en la contención de conductas complejas o agresivas, de modo de evitar la criminalización de los jóvenes de manera innecesaria.

74. La contención física sólo debe ser utilizada cuando sea estrictamente necesaria para salvaguardar la integridad física y psicológica de los adolescentes u otras personas, en conformidad con sus derechos y de manera razonable y proporcionada. Sólo trabajadores capacitados –en método reconocido de contención física– están autorizados para aplicar esta técnica. Ésta no debe ser un método regular en la contención de crisis.
75. Se recomienda cambiar el enfoque de preparación para la vida “independiente”, por preparación para la vida “interdependiente”; alejándose de la búsqueda de la autosuficiencia y, por el contrario, promoviendo el desarrollo de habilidades sociales en los jóvenes y apoyando la construcción de una red social de la cual depender. Esto requiere cambiar las actitudes, valores y creencias de los equipos de residencia, dejando de promover la independencia como una demostración de éxito. Luego, la preparación para la vida interdependiente será un objetivo fundamental durante la estadía en la residencia, por lo que la promoción de competencias para la autonomía debe estar incorporada en el plan de intervención: habilidades de autocuidado (higiene personal, nutrición y salud); habilidades prácticas (tomar decisiones, hacer presupuestos, usar el transporte público, hacer compras, cocinar, lavar su ropa y hacer aseo); habilidades interpersonales (desarrollar y mantener relaciones afectivas positivas y apropiadas, desarrollar habilidades como la empatía y la expresión afectiva); e identidad (conocimiento de su historia y relaciones con su familia).
76. Los jóvenes deben aprender a utilizar por sí mismos los servicios de transporte público, que deben ser preferibles al uso de vehículos de las propias residencias, salvo cuando existan grandes inconvenientes por la ubicación de la residencia.
77. Como cualquier otro joven, deben disponer de un dinero semanal para sus gastos discrecionales. El dinero, además de ser considerado una necesidad básica, debe convertirse en materia

de trabajo educativo, tanto por lo que respecta a su valoración, como al hábito del ahorro, elecciones de gastos, y otras cuestiones similares.

78. Los jóvenes deben ser capaces de elegir su propia ropa, dentro de los límites razonables. En este proceso el tutor debe jugar un rol fundamental para guiar y acompañar a los jóvenes.
79. Dentro de la evaluación del programa se debe incorporar la percepción de los jóvenes respecto a la experiencia de vida en la residencia y la calidad de los servicios recibidos.

F) INTERVENCIÓN CON FAMILIA

80. **Es necesario realizar una evaluación ecológica sistémica de la familia nuclear/extensa, que enfatice en sus recursos y necesidades, donde se utilizarán instrumentos estandarizados validados a nivel nacional, más observaciones del equipo que serán vaciadas en un registro. Además se incorporará información previa existente sobre la familia. Todo lo anterior permitirá establecer un plan de trabajo familiar que beneficie al joven.**
81. **Se debe contemplar que dentro del trabajo con familias nuclear/extensa pueden existir distintos objetivos, tales como la reunificación familiar, mantener y potenciar el vínculo con la familia, e incluso llegando a la decisión de no realizar trabajo con familia por no ser beneficioso para el joven, entre otros. Cualquiera sea el plan de trabajo familiar a seguir, éste debe ser flexible en sus objetivos, revisado periódicamente y estar debidamente fundamentado y aprobado por todo el equipo.**
82. Se recomienda que se realice un trabajo intensivo con la familia –de ser pertinente– en los primeros 12 meses de estadía en la residencia, período en que la reunificación familiar tiene mayor probabilidad de ser exitosa. Es fundamental que los jóvenes tengan contacto frecuente con su familia, fomentando que los padres se conviertan en miembros presentes y activos en la vida cotidiana de la residencia, siendo personas con derechos y obligaciones hacia sus hijos. Cuando sea pertinente, se les entregará apoyo financiero a los familiares, facilitando la posibilidad de que estos puedan reunirse.

83. Es importante asegurar que la familia reciba apoyo multidimensional, según sus necesidades, considerando programas que promuevan: las relaciones parentales positivas; oportunidades de empleo y generación de ingresos; asistencia financiera; y otros dirigidos a solucionar problemas específicos, como consumo de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar o problemas de salud mental. La residencia debe contar con un equipo que trabaje de manera personalizada con la familia, contando con el soporte de los servicios de apoyo a la familia que sean garantizados por el sistema de protección.
84. Es importante asegurar que los profesionales tengan a su cargo un número reducido de familias. Se recomienda que los trabajadores no tengan más de 5 casos bajo su responsabilidad.
85. Se recomienda incorporar perspectiva de género en la intervención con familia, para promover tanto el rol marental como el rol parental en el plan de trabajo.

G) INTERVENCIÓN CON EGRESADOS

86. La edad de egreso de las residencias debe ser flexible según las necesidades de los jóvenes. Deben tener, si esa es su preferencia, la posibilidad de continuar viviendo en la residencia hasta que tengan –al menos– 21 años.
87. Se debe asegurar servicios de soporte a los jóvenes en su transición a la vida adulta, al menos hasta los 25 años. Este acompañamiento debe tener una perspectiva holística y considerar: alternativas habitacionales seguras, hasta que estén en condiciones de arrendar o comprar su propia vivienda; beneficios financieros que apoyen el inicio de su vida independiente; soporte educacional para acceso a capacitación y/o a programas de educación superior; programas de apoyo al empleo; acceso a asesoría legal; y acceso a servicios de salud, especialmente para aquellos jóvenes con patologías de salud mental. Este acompañamiento debe ser liderado por la residencia y el sistema de protección debe asegurar que los servicios de soporte estén garantizados.
88. Se recomienda tener dispositivos de acompañamiento a los jóvenes que egresan con sus familias de origen, al menos por 12 meses posterior a la reunificación, que entreguen soporte tanto

a los jóvenes como a sus familias. Se debe asegurar que la familia pueda ofrecer al joven un ambiente seguro y que sea capaz de satisfacer sus necesidades. La evidencia muestra que un gran porcentaje de los jóvenes reunificados con su familia, vuelve a sufrir vulneración de derechos y debe reingresar nuevamente al sistema de protección (entre 30 y 50%).

89. Es importante que el equipo identifique –con la participación del joven– potenciales “referentes” de apoyo para su egreso. Deben ser personas significativas para él o ella, como un voluntario, un profesor, un vecino, o un hermano mayor.

H) COMUNIDAD

90. Se recomienda la implementación de comités comunitarios –previa evaluación de los participantes– que pueden proveer soporte en diversas áreas: conocimiento local, mentoría para los jóvenes, asistencia financiera, oportunidades de redes sociales, mantenimiento de la residencia, apoyo legal, articulación con posibilidades de empleo, iniciativas educacionales y de capacitación, actividades recreativas, entre otros. Se debe fomentar que los miembros del comité participen en las actividades de la residencia, como celebraciones y eventos importantes, para que los adolescentes sientan que son parte de una red de soporte más amplia. Se debe asegurar que los jóvenes no sean estigmatizados por la comunidad, tanto durante su estadía en el centro residencial y como posterior a su salida.



4. PROPUESTA DE MODELO TÉCNICO PARA RESIDENCIAS

Como se detalló en los capítulos anteriores, la Fundación Hogar de Cristo realizó un cuestionamiento sobre cómo se están atendiendo a los niños y adolescentes que se encuentran dentro del sistema residencial de protección en la institución, a través de estudios cualitativos y cuantitativos en terreno, recorriendo los programas de Antofagasta a Osorno. Posteriormente, la Fundación realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica, para conocer modelos con resultados positivos a nivel internacional, para luego consensuar con diferentes actores todos aquellos elementos necesarios para el funcionamiento de una residencia en el contexto nacional. De este modo, comenzó el camino hacia el desarrollo del modelo técnico en base a estándares de calidad que se presentan en el siguiente capítulo, cuyo fin es promover una buena calidad de vida y la inclusión social de todos aquellos niños y jóvenes que se encuentran viviendo en residencias.

Este nuevo modelo técnico se implementará como proyecto piloto en un primer momento, el que contempla dos residencias; una para hombres y una para mujeres con capacidad de 10 usuarios cada una, por un período de dos años con un alcance de 60 personas, contemplando también a sus familiares y otras personas significativas como usuarios indirectos.

El proyecto piloto será evaluado por una entidad externa para medir los resultados del programa en los jóvenes y sus familias. De igual manera, la implementación será monitoreada por un observatorio liderado por actores de la sociedad civil, academia y gobierno, quienes serán testigos y retroalimentarán todo el proceso. Por último, este proyecto también se propone incidir en la política pública, por lo que contempla la elaboración de una propuesta factible y escalable para mejorar el sistema de protección especializada y el cuidado residencial de los jóvenes en nuestro país.

El objetivo de este capítulo es mostrar detalles de cómo funciona el modelo técnico propuesto, sus principales dimensiones y características, enfoques teóricos, diferencias con el modelo actual, costos de su implementación y posibilidad de escalabilidad en política pública.

4.1

OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL NUEVO MODELO

Este modelo consiste en una residencia terapéutica especializada, que busca mejorar la calidad de vida e incluir socialmente a adolescentes y jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos, con necesidades múltiples y complejas, a través de un tratamiento combinado multidimensional. Este propósito implica los siguientes objetivos específicos:

- mejorar el bienestar subjetivo de los jóvenes;
- promover, proteger y reestablecer la salud mental de los jóvenes;
- incrementar los logros educacionales en los jóvenes;
- aumentar la inclusión social de los jóvenes;
- favorecer la vinculación familiar (mantención de vínculo y/o reunificación familiar);
- eliminar o reducir el riesgo de desprotección;
- acompañar a los egresados en su transición a la vida adulta.

Los resultados esperados luego del acompañamiento brindado a los adolescentes, jóvenes y sus familias en la residencia terapéutica especializada son:

- en cuanto al bienestar subjetivo, se busca aumentar la percepción de bienestar personal y su satisfacción con la vida;
- respecto a la inclusión social, se intencionará disminuir la pobreza y exclusión social, disminuir la probabilidad de infringir la ley, aumentar la probabilidad de estar empleado, disminuir la probabilidad de embarazo adolescente y mejorar las condiciones de habitabilidad al egreso;
- en el ámbito de salud mental, la meta es mejorar la salud mental y disminuir la probabilidad de consumo problemático;

- en lo que refiere a la vinculación familiar, el acompañamiento se orienta a aumentar las competencias parentales y mejorar la calidad del vínculo familiar;
- relativo al ámbito educacional, el modelo de intervención busca aumentar la asistencia al colegio, aumentar el desempeño académico, aumentar la participación en educación superior y aumentar la autonomía y responsabilidad personal;
- a nivel proteccional, se busca interrumpir el reingreso al sistema y eliminar las denuncias por violencia.

4.2

PRINCIPALES COMPONENTES DEL MODELO TÉCNICO

La residencia terapéutica especializada está diseñada para acoger a un grupo de adolescentes y jóvenes de necesidades múltiples, con dificultades emocionales y que presentan conductas de riesgo y daño, por lo que requieren de tratamiento combinado. Son adolescentes y jóvenes para quienes permanecer en su familia nuclear o extensa no es posible o pertinente, o para quienes los programas de acogida familiar no se ajustan a sus necesidades.

El programa está pensado para acoger a jóvenes entre 12 y 21 años, que han sido vulnerados gravemente en sus derechos, por lo que han debido ser separados de sus familias por una medida de protección dictada por el Tribunal de Familia. En general, son adolescentes que tienen largos tiempos de permanencia en el sistema de protección y que han sufrido colocaciones múltiples en diversos programas.

Una residencia terapéutica especializada involucra un servicio multidimensional diseñado para proveer tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a jóvenes con necesidades de salud mental y problemas de comportamiento, en alianza con sus familias y en colaboración con la comunidad (Whittaker, 2016).

El concepto terapéutico se refiere a la intervención y los procesos de aprendizaje que se deben promover en la vida cotidiana de los jóvenes al interior de la residencia y está basado en relaciones que se deben construir entre el equipo y los jóvenes. Por ello, se propone introducir el rol del tutor (o keyworker) como una figura significativa en el acompañamiento, quien entregará un cuidado personalizado a los jóvenes (Cahill, Holt y Kirwan, 2016). Además, lo terapéutico está relacionado con establecer un enfoque sensible a las historias de trauma. El modelo comprende que estos vínculos no se rompen al salir de la residencia, por lo que propone acompañar a los egresados en su transición a la vida adulta, reemplazando el concepto de preparación para la vida “independiente” por preparación para la vida “interdependiente” (Propp, Orteaga, NewHeart, 2003). Igualmente, esta residencia plantea realizar una intervención intensiva con la familia nuclear y/o extensa, promoviendo su participación activa en la vida de los jóvenes. La residencia trabajará por mejorar los vínculos entre los jóvenes y su familia, independiente de si existe la posibilidad de reunificación. Por último, la residencia debe funcionar en un ambiente lo más parecido a un ambiente familiar, en casas pequeñas, de no más de 10 jóvenes, quienes estarán distribuidos – idealmente– en habitaciones individuales.

La cultura organizacional es fundamental para definir la calidad residencial y el impacto que tendrá en los jóvenes y sus familias. Ésta puede ser entendida como el conjunto de valores que todos los miembros de una institución adscriben y que les permiten guiar su comportamiento en diversas circunstancias (Nadesan, 2007). Se refiere también a un sentido de unidad del equipo y a una visión común de su propósito como programa (Houston, 2011). Existen diversos factores que están asociados con que exista una cultura organizacional positiva al interior de la residencia, que este modelo se propone garantizar, entre ellos se encuentran: contar con residencias de tamaño pequeño; tener un director que ejerza un liderazgo efectivo; disponer de un equipo que adhiera al modelo de intervención; tener una baja rotación de los trabajadores; contar con un clima de seguridad, entre otros (Bullock, 2008).

A continuación, detallaremos los principios orientadores de la cultura organizacional de la residencia. Por supuesto, la cultura de la residencia debe ser coherente con la cultura de la Fundación Hogar de Cristo, cuyos valores son justicia, solidaridad, compromiso, respeto, transparencia, trabajo en equipo y espíritu emprendedor.

Los principios orientadores del modelo técnico son: no violencia, atención integral, autonomía y habilidades para la vida, interdependencia, normalización y especialización, relaciones positivas, enfoque sensible al trauma, intervención en la vida cotidiana, promoción de resiliencia y competencias, alianza con la familia, valoración de la educación, expectativas sobre el futuro, orientación ecológica, participación, ambiente y estética de la casa, respeto por la individualidad y diversidad, y promoción de la recreación y el ocio.

- a) **No violencia:** La violencia –de cualquier tipo– no es aceptable en la residencia. El equipo debe utilizar técnicas no violentas al manejar situaciones complejas. Los incidentes de violencia son activamente analizados para comprender las causas de fondo y prevenir reiteraciones (Sanctuary, 2012).
- b) **Atención integral:** La residencia debe atender las necesidades de los niños de manera integral, considerando todas las dimensiones necesarias para potenciar la calidad de vida de los jóvenes: las necesidades de desarrollo del adolescente (salud, educación, desarrollo emocional y del comportamiento, identidad, relaciones sociales y familiares, habilidades sociales, habilidades de autocuidado); capacidades de su familia para responder a estas necesidades (cuidado básico, resguardo de seguridad, contención emocional, estimulación, límites y autoridad, estabilidad); y los factores del entorno (recursos comunitarios, integración social de la familia, ingresos, empleo, vivienda, familia extensa, historia familiar) (Department of Health, 2000).
- c) **Autonomía y habilidades para la vida:** La residencia debe fomentar que los jóvenes sean capaces de tomar decisiones de manera autónoma, por lo que se debe promover en ellos habilidades de autorregulación, que les permitan controlar

sus emociones y comportamientos (Maclean, 2004). Se debe promover que los jóvenes adquirieran habilidades personales e interpersonales que les permitan manejar su vida de manera efectiva y ser capaces de integrarse y ajustarse adecuadamente a distintos contextos sociales, como manejar relaciones formales e informales, manejar sus emociones, planificar y resolver problemas, tomar decisiones y establecer metas para sus vidas (Calheiros et al, 2013).

- d) **Interdependencia:** La residencia debe cambiar el enfoque de preparación para la vida “independiente”, por preparación para la vida “interdependiente”; alejándose de la búsqueda de la autosuficiencia y, por el contrario, promoviendo el desarrollo de habilidades sociales en los jóvenes y apoyando la construcción de una red social a la cual pertenecer. Esto requiere cambiar las actitudes, valores y creencias de los equipos de residencia, dejando de motivar el alcance de la independencia como un parámetro de éxito (Propp et al., 2003).
- e) **Normalización y especialización:** La residencia busca equilibrar dos principios que pueden parecer contrapuestos: normalidad y especialización. El primero plantea la necesidad de que los jóvenes disfruten de una vida lo más parecida a la del resto de los niños que viven con sus familias, tanto en el diseño del ambiente físico, como en las rutinas cotidianas y el acceso a los recursos de la comunidad. La especialización, por su parte, requiere la puesta en marcha de recursos diferenciados, capaces de cubrir necesidades altamente específicas que de otro modo quedarían desatendidas. En este sentido, la residencia terapéutica especializada, que acoge a jóvenes con graves problemas conductuales o emocionales, necesitará incorporar algunos elementos poco normalizadores, pero indispensables para alcanzar sus objetivos. No obstante, la residencia debe esforzarse continuamente por conservar el máximo nivel de normalización posible y deberán justificar claramente cualquier práctica contraria a este principio en función, exclusivamente, de los intereses de los jóvenes (Del Valle, Bravo Arteaga, Martínez y Santos, 2012).

- f) **Relaciones positivas:** Se deben generar relaciones positivas entre el equipo de la residencia y los trabajadores, dentro de un ambiente estable y afectuoso. Para ello, es fundamental que durante la estadía en la residencia cada joven tenga asignada una persona cercana con quien trabajar en conjunto (Skinner, 1992). Esta relación se concretizará, especialmente, a través de la figura del tutor, que debe realizar un cuidado individualizado de un grupo pequeño de jóvenes.
- g) **Enfoque sensible al trauma:** Todas las actividades, rutinas e interacciones de la residencia deben tomar en cuenta el impacto del estrés, el trauma y otras experiencias adversas en el desarrollo de los jóvenes. Los equipos deben comprender que un gran porcentaje de los jóvenes acogidos en la residencia tienen historias de violencia, abuso y negligencia que tienen un impacto negativo en su crecimiento y desarrollo (Abramovitz y Bloom, 2003; Bloom, 1997; Garbarino, 1999; Lieberman y Knorr, 2007; Perry y Pollard, 1998). Por lo tanto, el equipo debe cambiar su modo de pensar acerca de los jóvenes, desde ¿qué está mal contigo? (What is wrong with you?) hacia ¿qué te sucedió? (What happened to you?); pasando desde una mirada crítica y culpabilizadora hacia una perspectiva empática y comprensiva (Bloom, 1997).
- h) **Intervención en la vida cotidiana:** El equipo debe intervenir en los eventos de la vida cotidiana de los jóvenes, en sus rutinas y rituales diarios (como los momentos de levantarse y acostarse, los tiempos de comida, etc.). Es decir, se debe hacer un uso terapéutico de los eventos cotidianos, haciendo que cada uno de esos momentos sean significativos (Garfat et al., 2013). No basta sólo con decirle a los jóvenes lo que es bueno y lo que es malo para ellos, deben experimentar en el contexto de su vida cotidiana los beneficios de cambiar su comportamiento (Smith et al., 2013).
- i) **Promover resiliencia y competencias:** La residencia debe promover la resiliencia en los jóvenes, enfocándose en las potenciales fortalezas de los jóvenes como un sistema. Esto significa trabajar sus factores internos (sentimiento de seguridad, autoestima y autoeficacia) y factores externos

(relaciones de apego seguro, redes de soporte, recursos escolares y comunitarios) (Daniel, 2008). La residencia debe fomentar competencias en los jóvenes, entendidas como una combinación de habilidades, conocimientos y actitudes que cada joven debe aprender a manejar efectivamente en la vida cotidiana (Holden, 2009). Los jóvenes deben aprender a resolver problemas, a desarrollar la flexibilidad y un pensamiento crítico y reflexivo, que son necesarios para superar sus situaciones de adversidad (Benard, 2006).

- j) **Alianza con las familias:** La familia de cada uno de los jóvenes es una parte inamovible de sus vidas. Por esto, el equipo debe trabajar para fortalecer la relación con la familia nuclear y/o extensa, involucrándola en el proceso de intervención durante y posterior a la estadía en la residencia (Holden, 2009).
- k) **Valor de la educación:** Es clave incitar en los jóvenes consciencia sobre el valor de la educación, en términos de desarrollo y futuras oportunidades, y priorizar el lugar de la educación al interior de la residencia. Es fundamental establecer que ir al colegio no es opcional y utilizar todos los mecanismos disponibles para reinsertar a los jóvenes excluidos del sistema escolar.
- l) **Expectativas sobre el futuro:** El equipo debe tener altas expectativas en el potencial de los jóvenes, y promover que ellos tengan altas expectativas de su futuro. En este sentido es importante promover en los jóvenes experiencias positivas, mejorar sus habilidades y su autoestima, y mostrarles todas las oportunidades que tienen en los diversos ámbitos de su vida (Sumilimani-Aidan, 2015). El equipo debe creer que el cambio en los jóvenes y sus familias es posible (Sanctuary, 2012).
- m) **Orientación ecológica:** Es fundamental que los jóvenes estén conectados con su entorno para poder crecer y desarrollarse (Bronfenbrenner, 1979). Al mismo tiempo, dadas las distintas problemáticas que pueden presentar los jóvenes, es imposible disponer de un único programa capaz de dar respuesta a todas las demandas. Por eso, es fundamental trabajar en conjunto con la comunidad y la red de servicios de modo de acceder a programas que permitan dar respuesta a los diferentes tipos

de necesidades que se presentan, implicando algunos de ellos un elevado grado de especialización (Del Valle et al., 2012). Esto, además, permite que la residencia funcione como en un contexto familiar, evitando que se convierta en una institución totalizante que da respuesta a todas las necesidades de los jóvenes y los termina excluyendo de la sociedad (Goffman, 1961).

- n) Participación:** La participación de los jóvenes en el proceso educativo y la vida del hogar deber ser un pilar básico del acogimiento residencial. Esta participación ha de ser entendida como un derecho, pero también como una de las más importantes estrategias educativas para promocionar desarrollo y bienestar. Dependiendo de las diferentes edades y madurez de desarrollo de cada joven deberán emplearse actividades y estrategias de participación adaptadas a cada uno de ellos. Por ejemplo, el joven debe participar activamente en: la elaboración de normas de convivencia y la organización del hogar; actividades para la toma de decisiones; en el proceso de elaboración de su plan de acompañamiento y su evaluación; en la evaluación de calidad (Del Valle et al., 2012).
- o) Ambiente y estética de la casa:** Es fundamental crear un ambiente de cuidado, asegurando que éste sea cálido, seguro, limpio y pedagógico. Además, la estética de la residencia debe ser luminosa, espaciosa y confortable. Debe hacer sentir a los jóvenes bienvenidos, respetados y queridos, donde puedan desarrollar un sentido de pertenencia (Barton, 2012).
- p) Respeto a la individualidad y diversidad:** Los jóvenes reciben un cuidado personalizado que promueve todos los aspectos de su identidad individual y cada uno es tratado como un individuo, no como miembros de un grupo (Department of Education, 2011). Los servicios deben ser individualizados, capaces de dar respuesta a las particularidades de cada joven. Es decir, la atención debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las características de cada uno. La residencia debe respetar y estar preparada para acoger a jóvenes de diversos orígenes e intereses, por lo cual es primordial incorporar un enfoque de género, multiculturalidad, LGBT.

- q) **Recreación y ocio:** La residencia debe darle importancia a las actividades de ocio y recreación como parte del desarrollo de los jóvenes, promoviendo que cultiven la creatividad a través de ambientes estimulantes al interior de la residencia y apoyando a los jóvenes a realizar actividades en el colegio y en la comunidad. El equipo debe estimular a los jóvenes a que descubran sus intereses y hobbies, junto a que puedan participar en diversas actividades recreativas, visitas a casas de amigos, vacaciones y viajes.

Los elementos clave a considerar en el modelo técnico residencial a implementar por el Hogar de Cristo dirigido a adolescentes y jóvenes con necesidades múltiples, dadas las variadas vulneraciones experimentadas en su ciclo vital, y que lo distingue de los modelos que en la actualidad se ejecutan en el sistema proteccional son los siguientes:

- a) **Cambio de paradigma:** Se propone crear una residencia especializada para jóvenes con necesidades complejas, que incorpore un enfoque sensible al trauma y basado en relaciones. En la actualidad, las residencias intentan atender a los niños desde una perspectiva integral pero no necesariamente cuentan con la formación y especialización necesaria para acompañar desde una práctica reflexiva que intencione en todas las interacciones y acciones un enfoque sensible al trauma y basado en relaciones.
- b) **Reducción de tamaño:** Las residencias deben tener un máximo de 10 plazas, para poder garantizar un ambiente familiar y entregar una atención personalizada a los jóvenes. El establecimiento contará –idealmente– con cuartos individuales para los jóvenes. Actualmente, las residencias del Hogar de Cristo tienen una capacidad promedio de 18 niños por residencia, mientras que las residencias administradas directamente por Sename (CREAD) acogen a 68 niños en promedio por centro residencial y los organismos colaboradores de Sename (OCAS) a 33 niños en promedio por residencia (Sename, 2017). Este nuevo modelo propone disminuir la cobertura a 10 jóvenes por residencia, de modo de garantizar un ambiente familiar y una atención personalizada a los jóvenes y sus familias.

- c) Profesionalización del cuidado:** Se propone profesionalizar el rol cuidador en la residencia que ejercen actualmente las educadoras de trato directo, a través de la incorporación de tutores con profesiones afines a la intervención con jóvenes (terapeuta ocupacional, profesores, educadores diferenciales, psicopedagogo). Cada tutor atenderá un máximo de 3 jóvenes cada uno, por lo que deberá entregar un cuidado personalizado y realizar intervención en la vida cotidiana de los jóvenes. Actualmente los cuidadores de trato directo carecen de formación técnica y/o profesional para trabajar con jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos, la mayoría registra nivel de educación secundaria o educación básica.
- d) Representación legal.** El sistema actual no garantiza a los jóvenes y sus familias contar con un representante legal en sus causas judiciales, lo que se traduce en que los procesos legales se extiendan más de lo necesario. El modelo actual contempla un abogado que lleve las causas de los jóvenes de las residencias y pueda apoyar las gestiones con los Tribunales de Familia y acelerar los procesos de desinternación, cuando corresponda.
- e) Acompañamiento terapéutico permanente:** El concepto terapéutico se refiere a la intervención y los procesos de aprendizaje que se deben promover en la vida cotidiana de los jóvenes al interior de la residencia. De igual manera, lo terapéutico está basado en relaciones que se deben construir entre el equipo y los jóvenes. Por ello, se propone introducir el rol del tutor (o keyworker) como una figura significativa en el acompañamiento, que entrega un cuidado personalizado a los jóvenes. Además, lo terapéutico está relacionado con establecer un enfoque sensible a las historias de trauma de los jóvenes. En el modelo actual la intervención en salud mental depende del servicio de salud pública, que en general no puede dar respuesta oportuna a las necesidades de los jóvenes. El nuevo modelo propone entregar horas de atención en el sistema privado de terapia psicológica y atención psiquiátrica con especialistas en salud mental infanto-adolescente, de modo de poder garantizar que los jóvenes estén bien diagnosticados y cuenten con un tratamiento terapéutico y farmacológico adecuado.

- f) **Seguimiento a egresados:** El modelo comprende que estos vínculos no se rompen al salir de la residencia, por lo que se propone acompañar a los egresados en su transición a la vida adulta, reemplazando el concepto de preparación para la vida “independiente” por preparación para la vida “interdependiente”. Actualmente no existe acompañamiento al egreso de los jóvenes de la residencia, tanto si es un egreso con familia como un egreso a vida independiente. El modelo actual propone acompañar a los jóvenes y sus familias al menos un año luego del egreso, ya que la evidencia demuestra que éste es el momento más crítico para hacer sostenibles los resultados en el tiempo y evitar reingresos o nuevas vulneraciones de derechos.
- g) **Trabajo intensivo con la familia:** La residencia realizará intervención intensiva con familia nuclear y/o extensa, promoviendo su participación activa en la vida de los jóvenes. La residencia trabajará por mejorar los vínculos entre los jóvenes y su familia, independiente de si existe la posibilidad de reunificación. Actualmente las residencias realizan un deficiente trabajo con familia, ya que la dupla psicosocial debe dedicar la mayoría de su tiempo a trabajo administrativo, como realizar informes para Tribunales de Familia y registrar información para los sistemas monitoreo de Sename (Senainfo). A esto se suma la lejanía territorial de las residencias respecto al domicilio de las familias, que hace muy complicado que éstas asistan a las intervenciones. El nuevo modelo propone tener una dupla psicosocial media jornada para trabajo administrativo y una dupla adicional jornada completa dedicada exclusivamente a realizar un trabajo intensivo con familia en sus propios domicilios.
- h) **Supervisión continua:** El equipo contará con una supervisión externa mensual, con un consultor o facilitador, que entregue una visión autónoma y que pueda detectar situaciones potenciales de riesgo que no son visibilizadas por el equipo. En la actualidad, las residencias cuentan con supervisión que realizan los mismos equipos y que por tanto no tienen una visión independiente que permita reflexionar sobre el quehacer y analizar de manera extensiva todos los casos,

así como el impacto que a nivel personal y de equipo tiene la experiencia de trabajar con adolescentes y jóvenes de alta complejidad.

En conclusión, en términos generales las principales diferencias del modelo actual –que proponen las bases técnicas de Sename– con el modelo propuesto se encuentran reflejadas en la Figura N°4, donde se observa un paralelo entre ambos modelos.

Figura N° 4: Principales diferencias entre modelo actual y modelo propuesto

	MODELO ACTUAL	MODELO NUEVO*
CAPACIDAD DE ATENCIÓN	20 personas por residencia	10 personas por residencia (mayor personalización)
ACOMPañAMIENTO ESPECIALIZADO	No existe un acompañamiento personalizado	Acompañamiento terapéutico de un tutor por cada 3 jóvenes (Keyworker)
ENFOQUE TERAPÉUTICO	Lineamientos actuales no consideran enfoques terapéuticos	24/7. Sensible al trauma y basado en relaciones. Incorporando trabajo en salud mental
TRABAJO FAMILIAR	Prácticamente inexistente por la falta de tiempo y distancia	Intervención familiar en domicilios mediante una dupla adicional jornada completa
ACOMPañAMIENTO AL EGRESO	Inexistente o precario por falta de equipo o lineamiento técnico	Acompañamiento hasta los 21 años. Soporte en educación, empleo, salud y condiciones habitacionales
SUPERVISIÓN CONTINUA	No es posible realizarlo en profundidad	Supervisión externa mensual, análisis de casos, cuidado de equipos

4.3

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES

El diseño del proyecto piloto incorporó criterios de factibilidad económica y adecuación al contexto nacional. Esto significa que el modelo dará respuesta a alrededor de un 65% de los estándares

internacionales consensuados a través del panel de expertos con la metodología RAM. Este cálculo se realizó asignando el mismo peso para cada uno de los estándares, lo que supone una limitación, ya que no todos los estándares son igualmente importantes para la calidad del programa. En definitiva, respecto a las 90 recomendaciones situadas en las 8 dimensiones analizadas, el modelo técnico se hace cargo de un 0% de los estándares de política pública (los que no dependen directamente del programa), un 95% de infraestructura, un 73% de recursos humanos, un 76% de gestión de la residencia, un 82% de intervención con jóvenes, un 57% de intervención con egresados y un 75% de intervención con familia.

El ajuste se hizo considerando primordialmente los costos, ya que el valor por joven en caso de realizarse el 100% de los estándares haría imposible su replicabilidad y escalabilidad. Es así como se propuso ajustar el monto per cápita a una cantidad similar al utilizado actualmente por los Centros de Administración Directa de Sename (CREAD), como se mostrará en detalle más adelante en este capítulo.

Algunos de los puntos que no se cumplen un 100% son:

- remuneraciones competitivas del equipo profesional para disminuir la rotación y garantizar estabilidad en el programa;
- ratio profesional por familia: los estándares internacionales plantean un profesional por cada 5 familias, el piloto contempla 1:10;
- años de acompañamiento al joven posterior al egreso: los estándares internacionales plantean un acompañamiento hasta los 25 años, el piloto plantea el seguimiento de 1 año;
- los estándares exigen contar con residencias para los egresados, modalidad que no existe actualmente en la política nacional.

4.4

EVALUACIÓN DE RESULTADOS E IMPACTO

El impacto de la residencia de protección especializada, entendido como el logro de insertar socialmente al joven egresado, y la mejora en la calidad de vida, será medido a través de una evaluación externa, que permita asegurar la rigurosidad en la evaluación y la objetividad de los resultados. Se espera que la evaluación utilice métodos mixtos como metodología, asegurando contar con un conjunto de indicadores cuantitativos y cualitativos, que serán aplicados tanto a los jóvenes residentes como a sus familiares y/o adultos significativos. En principio, se plantea hacer distintas mediciones en el tiempo, que permitan hacer comparaciones antes del programa y después del programa; sin embargo, se espera contar idealmente con un grupo de comparación (jóvenes de otras residencias que no han incorporado los estándares de calidad), para aislar los efectos de alguno de los componentes del programa.

4.5

ENFOQUES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL MODELO TÉCNICO

Para guiar la comprensión de la experiencia vivida por los niños y jóvenes que han sido vulnerados en sus derechos y removidos del cuidado de sus familias de origen, así como las dinámicas que se espera promover en las residencias de protección en las que ellos viven, es que se expone un resumen de teorías y enfoques de trabajo más relevantes.

4.5.1 TEORÍA ECOLÓGICA DE SISTEMAS

El desarrollo humano es producto de la interacción de la persona con el ambiente, donde un ser humano activo interactúa con su entorno y por tanto se influyen mutuamente, así se va produciendo una

progresiva acomodación entre los dos, donde ambos son cambiantes en el tiempo (Bronfenbrenner, 1979). Es en esta permanente interacción, que los niños y jóvenes pueden o no desplegar sus potencialidades de desarrollo.

El Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner se sustenta en dos proposiciones del modelo proceso-persona-contexto (Bronfenbrenner, 1977):

1. En el transcurso de la vida, especialmente en las etapas primarias, el desarrollo humano toma lugar como un proceso progresivo de aumento de la complejidad en la interacción recíproca. Esta interacción es entre el niño, en evolución biopsicosocial, y las personas, objetos y símbolos de su entorno inmediato. Para que esta interacción sea efectiva debe ocurrir con regularidad y durante un extenso periodo de tiempo, lo que el autor denomina “proceso proximal”.
2. El proceso de interacción varía sistemáticamente como una función articuladora entre las características de la persona en desarrollo y el ambiente –más inmediato y el más remoto– en el cual el proceso de crecimiento toma lugar. Por ejemplo, un niño que crece en medio de situaciones adversas, en un entorno de pobreza y sin oportunidades, no se desenvolverá del mismo modo que un niño que vive en un ambiente nutricional y con oportunidades. Bronfenbrenner propone distintos sistemas y subsistemas donde toda persona interactúa durante su desarrollo: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.
 - a. El microsistema corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado con el cual interactúa directamente. Por ejemplo, familia, escuela, grupo de pares, etc.
 - b. El mesosistema comprende la interrelación entre dos microsistemas donde la persona interactúa.
 - c. El exosistema se refiere a los entornos, donde la persona no está involucrada directamente, pero se ve influida por lo que ocurre en estos. Por ejemplo, el trabajo de los padres, sistema educativo, sistema de transporte, entre otros.

- d. El macrosistema hace referencia a marcos culturales, ideológicos, económicos y políticos que impactan directamente o indirectamente los demás sistemas donde interactúa la persona.
- e. El cronosistema se refiere a las condiciones personales y sociales que van transformándose a lo largo de la vida.

Desde los sistemas del modelo ecológico se puede organizar la manera de observar y evaluar al adolescente y el contexto que lo rodea, es así como Palareti y Berti (2009) proponen distintas dimensiones a considerarse en cada sistema:

- **Microsistema:** calidad de la relación adulto-adolescente; rutinas, rituales y reglas protectoras y con función de sostén.
- **Mesosistema:** oportunidades múltiples y adecuadas de relaciones; continuidad y coherencia entre los diferentes espacios; continuidad y coherencia en el tiempo donde los planes de atención sean un puente entre las atenciones actuales y pasadas y para atender las necesidades futuras.
- **Exosistema:** sistema de relaciones entre las instituciones y personas que se ocupen del niño y su familia con continuidad en la información, gestión y una red creada en el reconocimiento de la interdependencia.
- **Macrosistema:** el contexto sociocultural de la intervención contiene teorías explícitas e implícitas en la base de la intervención; los objetivos son atribuidos a la intervención (asistencia del Estado, educación, terapia); normas y procedimientos legales que regulan el funcionamiento de las comunidades residenciales y las relaciones entre ellas, los servicios sociales, de salud y las instituciones públicas.

La perspectiva ecológica posibilita realizar buenos diagnósticos (Ward, Brown y Hyde-Dryden, 2014). Los niveles del ambiente ecológico nos permiten tener un ordenamiento de la realidad, que en el caso específico de las residencias de protección, facilitan la comprensión de aquellos ambientes en los cuales se ha desenvuelto el niño o joven y en los cuales se debe trabajar, evitando la perspectiva que aísla a

la persona de su historia, familia de origen, redes y comunidad. Una apreciación correcta de todos estos ambientes, de los sujetos que participan, así como de las relaciones que tienen más influencia en el desarrollo de los niños y adolescentes es una fuente orientadora de buenas prácticas. Es importante destacar que las relaciones más próximas a la persona en desarrollo son las que más influencia tienen y por tanto en las que se debe hacer mayor énfasis en el trabajo, pero sin dejar de lado una visión integral de todo el sistema de relaciones.

4.5.2 ENFOQUE BASADO EN RELACIONES

Los niños nacen y se desarrollan en un entorno donde las relaciones con sus figuras principales de cuidado son esenciales para su supervivencia y bienestar. El tipo de relación o apego que se construye en la primera infancia es un factor importante para las formas en que se establecerán las relaciones en el futuro. Así, las nuevas relaciones de cuidado, que se construyan a lo largo de la vida, podrán entorpecer, enriquecer o superar estos estilos relacionales.

El apego es una conducta adaptativa para la supervivencia, debido a que los seres humanos requieren de cuidados de otros, necesitan de protección, confort y seguridad (Allen, 2008). Si el niño recibe cuidados en un entorno seguro y estable, éste construirá representaciones positivas sobre su relación con el cuidador, siendo esta la base para el apego seguro (Bowlby, 1969 y 1982; Simpson, 1999). La creación del vínculo entre el cuidador y el niño es producto de las repetidas interacciones entre ambos, las cuales generan representaciones mentales en el infante, constituyéndose en una experiencia de aprendizaje (Bowlby 1969, 1973 y 1980), que luego pondrá en juego en las relaciones con otros.

De acuerdo a Bowlby, durante la infancia los lazos ocurren entre el niño y los padres, a los cuales se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo (Marrone, 2014). Más tarde, durante la adolescencia y adultez, estos lazos se mantienen y se complementan con nuevos vínculos con otros adultos significativos como hermanos, compañeros o pareja.

En palabras de Benoit (2004), la clasificación de apego se puede dividir en cuatro tipos, tres organizados (seguro, inseguro evitativo e inseguro resistente) y uno desorganizado. El apego organizado se produce cuando el niño puede predecir la respuesta que tendrá el cuidador, la cual puede ser sensitiva y amorosa (apego seguro); insensible y rechazante (apego inseguro-evitativo); insensible e inconsistente (apego inseguro-resistente). En tanto, en el apego desorganizado el niño no puede predecir la respuesta que tendrá el cuidador ya que ésta es atípica (apego inseguro- desorganizado). La configuración del tipo de apego se realiza mediante la relación que se establece entre la calidad del cuidado que presenta el cuidador y la estrategia del niño para sobreponerse a situaciones que generan estrés o ansiedad.

Los estilos de apego nos permiten reconocer las potencialidades y las dificultades que tienen los niños y jóvenes para establecer relaciones significativas. Entendiendo que el trabajo en residencias fomenta la reparación y la construcción de relaciones saludables –que permitirán la revinculación con su familia, con su comunidad, y con otros que los apoyen–, los distintos tipos de apego son una herramienta relevante para identificar la mejor forma de intervenir con cada joven.

Muchos de los jóvenes que llegan a las residencias han vivido situaciones difíciles a nivel relacional, y por esto es central que el acompañamiento ponga énfasis en relaciones cálidas, cercanas y permanentes, lo que fomentará la estabilidad, seguridad y confianza necesarias para posibilitar un desarrollo más saludable de las relaciones con sí mismos y con otros. Desde este enfoque, lo central es el trabajo que se realiza en el espacio común de convivencia, la “casa”, que se construye entre los distintos participantes, bien sean personas, familias o comunidad (Garfat, Fulcher y Digney, 2013).

Para algunos jóvenes, el trabajo se realizará en conjunto con las familias, intentando superar los episodios negativos vividos, y fomentando las relaciones positivas con la finalidad de restaurar el vínculo. Mientras que otros jóvenes, serán apoyados para que puedan resignificar la separación y distanciamiento definitivo de su familia (Care Inquiry, 2013).

Los jóvenes que están en residencias, requieren ser reconocidos y aceptados por un otro, necesitan construir relaciones de cercanía, seguridad y confianza, para así desarrollar un sentimiento de seguridad que les permita afrontar las dificultades a las que se han visto expuestos y continuar un desarrollo con mayor bienestar. Para ello, será necesario que integren el pasado y puedan construir confianza en su habilidad de sostener relaciones en el presente y futuro. La continuidad en las relaciones es esencial para ayudar a los jóvenes a construir su identidad y a desarrollar un fuerte sentido de pertenencia, ambos son cruciales para el bienestar. El trabajo no debe centrarse en un enfoque que quiera romper con las relaciones consideradas como negativas, sino construir relaciones positivas que permitan superar las ya vividas o construir nuevas (Care Inquiry, 2013).

Para hacer efectivo el acompañamiento basado en relaciones en la residencia, el enfoque de ambiente terapéutico –que considera el life space (espacio de vida) (Lewin, 1936) y la terapia milieu (Gunderson, 1978)– entrega una aproximación para entender que todos los momentos pueden ser significativos para desarrollar aprendizajes pro sociales, aportando a los procesos de socialización que fueron afectados producto de la vulneración.

A raíz de las situaciones de trauma, negligencia y/o abuso a los que han estado expuestos los niños y jóvenes, se recomienda construir ambientes que permitan gestionar el comportamiento, siendo un apoyo para el manejo de sus emociones y su conducta, propiciando la seguridad, la confianza, reducción del estrés, control de la ansiedad y construcción de relaciones saludables (Grupo de Investigación en Familia e Infancia, 2008; Smith, 2011). Es relevante que este ambiente sea acogedor tanto para los jóvenes como para los trabajadores, favoreciendo la vinculación mutua y la apertura para tratar con actitudes problemáticas (Maier, 1991).

Una de las aclaraciones que se debe realizar es la distinción entre life space (espacio vital) y la terapia milieu (terapia en el espacio físico y social o comunidad terapéutica). El primero es un modelo de trabajo para las residencias que promueve el crecimiento individual y el desarrollo en el contexto en base a los eventos diarios, mientras que la terapia milieu es el ambiente y disposición de los espacios donde el life space toma lugar (Feilberg, 2006). Son las interacciones entre

todos los participantes las que producen el espacio físico y social (milieu), por lo mismo todo lo que pasa en este, afecta el espacio vital (life space) (Feilberg, 2006).

La construcción de un ambiente terapéutico se realiza mediante el balance entre estructura, rutinas predecibles y flexibilidad para ajustarse a las necesidades de los jóvenes, y hacer de los momentos oportunidades de aprendizaje. Todas las actividades, rutinas, estructuras y eventos, deben tener propósitos y metas (Holden, Anglin, Nunno, y Izzo, 2015). Se debe fomentar que los momentos del día sean significativos, dotándolos de sentido (Garfat, Fulcher, y Digney, 2013); sin el ánimo de que se estén forzando las relaciones en la residencia, se recomienda que los jóvenes tengan tiempo de ocio disponible (formal o informal) para que puedan estar solos en algunos momentos (Nielsen, 2010). Desde este punto de vista, se debe generar una dinámica donde coexista control de los adultos con autonomía por parte de los jóvenes (Andreassen, 2015).

Para estos efectos, la construcción de una cultura organizacional debe potenciar que cada uno de sus elementos sea coherentes con la visión estratégica que se tiene de la organización en su conjunto (Houston, 2011), que lo vincula con las redes externas (comunidad, redes de apoyo) y que construye ciertos tipos de relaciones en su interior que facilitan la construcción de vínculos, como de relaciones saludables entre todos los participantes (Smith, Fulcher, y Doran, 2013).

De la misma forma, el rol del director de la residencia es de suma importancia, ya que es quien fomentará que los valores y formas de trabajo, antes mencionados, sean compartidos (VanderVen, 2003). Igualmente, delimitará el establecimiento de los roles de cada trabajador, lo que es clave para que cada uno tenga conocimiento de cuál es su aporte al funcionamiento de toda la organización (Hannah, 2015; Jordan, Leon, Epstein, Helgerson, 2009). A su vez, el director tiene la responsabilidad de generar las instancias de capacitación necesarias para el conjunto del equipo (Hill y Gentleman, 2015), de manera que todos cuenten con las herramientas técnicas para el trabajo y con el acompañamiento y supervisión del director puedan aportar al buen funcionamiento de la residencia y por ende al bienestar de los jóvenes que en ella residen.

4.5.3 CUIDADO INFORMADO SOBRE EL TRAUMA

Los jóvenes que ingresan a las residencias lo hacen por múltiples situaciones, dentro de las cuales se encuentran maltrato físico o psicológico, negligencia parental y/o abuso sexual. La exposición constante a este tipo de vulneraciones puede desencadenar reacciones traumáticas que tienen un impacto en su desarrollo (Van der Kolk, 2005).

El manual de diagnóstico estadístico de trastornos mentales (DSM-V, 2013) define evento traumático como a la exposición, ser testigo o amenaza a un evento que puede tener como consecuencia daños físicos, inclusive la muerte, tanto a sí mismo u otros que son significativos para el joven. El trauma puede ser el resultado de una experiencia “privada” (ej. abuso sexual, violencia doméstica, testigo de violencia interpersonal, maltrato o negligencia) o también “pública” (ej. guerra, terrorismo, desastres naturales) (Barton, González y Tomlinson, 2012).

Es de suma importancia comprender que los jóvenes que han sido vulnerados en sus derechos, pueden manifestar diversos tipos de reacciones traumáticas, tales como comportamientos disruptivos, aislamiento, dificultades de memoria y aprendizaje, alteraciones de sueño y/o alimentación, dificultades en el manejo de la impulsividad y regulación emocional. Por lo mismo, es preciso reconocer que debido a las experiencias traumáticas, los jóvenes pueden presentar diversas dificultades en ámbitos tan diversos como el relacional, sensorial, psicológico, afectivo, autorregulación, disociación, regulación de comportamiento, cognición, y autoconcepto (Cook, 2005).

Considerando las dificultades que los jóvenes han experimentado y cómo estas pueden haber impactado en su desarrollo es que el trabajo en residencia puede ser una tarea difícil para los equipos. El conocimiento de la teoría del trauma y las posibles consecuencias de las vulneraciones de derechos puede aportar a la comprensión de los comportamientos desafiantes o incomprensibles observados en los jóvenes, facilitando que se pueda pensar y entregar sentido a las intervenciones que se realizan en la residencia. A la vez, una

teoría bien fundamentada permite dar confianza a los equipos de que aquellas acciones que están ejecutando están fundadas en experiencias positivas.

Los equipos deben mirar y evaluar las acciones que realizan los jóvenes, como formas disponibles con las que logran expresar sus emociones, sentimientos y contradicciones. Es desde aquí donde el trabajo de acompañamiento psicoterapéutico, junto con la disposición de un ambiente tranquilo y seguro, deben guiar al joven en la adquisición de nuevas herramientas para el reconocimiento y expresión de emociones.

En cuanto a la organización de la residencia, se ha visto que una rutina que aporte continuidad y consistencia (Perry, 2006), establecimiento de estructura y límites claros, constantes y fáciles de comprender (Barton et al., 2012), pueden colaborar en que las reacciones post-traumáticas disminuyan.

Cuando los equipos están capacitados y orientados en un cuidado informado sobre el trauma, se puede realizar un acercamiento más acertado a las necesidades de los jóvenes, de manera tal que todos aquellos ámbitos que fueron afectados por el trauma, puedan ser trabajados de manera pertinente y oportuna (Barton et al., 2012). Sin embargo, la capacitación no es suficiente, se requiere de la incorporación de un plan de cuidado de los equipos, dado el impacto emocional que tiene para el equipo el trabajo directo con jóvenes que han vivido experiencias de vulneración. El cuidado de los equipos es un componente esencial (Department of communities Child Safety Services y PeakCare Queensland, 2010) cuando se trabaja bajo el enfoque de cuidado informado sobre el trauma.

Aún cuando el cuidado informado sobre el trauma es esencial para el trabajo, es también fundamental orientar el trabajo con los jóvenes en base a sus capacidades, potencialidades y perspectivas hacia el presente y futuro.

4.5.4 ENFOQUE DE FORTALEZAS

El enfoque de las fortalezas nos permite reconocer que todas las personas tienen conocimientos y capacidades, que pueden usarse como base para ejecutar prácticas que respondan a sus necesidades, facilitando superar la visión negativa que se tiene sobre los jóvenes, incluso aunque hayan estado expuestos a privaciones socioculturales profundas.

El enfoque de fortalezas aporta tanto a nivel individual como organizacional, ya que permite que los jóvenes sean acompañados en experimentar y explorar (permitiéndoseles cometer errores) y a la vez, se fomenta que los equipos sean vistos como mentores, como posibles referente de los jóvenes en su proyección hacia el futuro (Linley, 2008). Por otra parte, con este enfoque, los jóvenes reciben apoyo en sus fortalezas, entregándoles un ambiente de confianza y de relaciones de apoyo, un soporte en el desarrollo de emociones positivas y experiencias de comunicación efectiva, mientras adquieren las capacidades para resolver problemas y asumir los desafíos futuros constructivamente (Hooper, 2012).

Las fortalezas pueden ser aquello que las personas han aprendido, los rasgos de su personalidad y sus virtudes, lo que ellas saben sobre el mundo que las rodea, los talentos que tienen, las historias personales, la cultura, las tradiciones comunes o visiones espirituales (Saleebey, 2006). Cuando se alinean las fortalezas de los jóvenes con los recursos que tienen las instituciones como escuela, familia y comunidad, éstas son una fuente promotora de desarrollo (Lerner, 2009).

Linley (2008) resume lo que se comprenderá por enfoque de fortalezas en cinco puntos fundamentales:

1. El enfoque de fortalezas se focaliza en qué es correcto, qué está funcionando, y qué es lo más fuerte.
2. Las fortalezas son parte básica de la naturaleza humana, por lo tanto cada persona tiene fortalezas y merece respeto hacia ellas.

3. Las áreas de mayor potencial, son aquellas en las cuales están las mayores fortalezas.
4. Sólo tendremos éxito en superar nuestras debilidades, cuando logremos sacar lo mejor de nuestras fortalezas.
5. Usar las fortalezas en las pequeñas cosas puede hacer una gran diferencia.

Así como el enfoque de fortalezas, una de las herramientas más utilizadas en distintos países, que permiten contribuir a su desarrollo de los jóvenes, es la resiliencia. Ésta permite conceptualizar la capacidad, proceso o resultado que tiene una persona para adaptarse a situaciones difíciles que tienen un alto nivel de estrés. Es la capacidad de adaptación y flexibilidad de la persona para mantenerse en una situación de bienestar interno (Masten, 1990).

Forés y Grané (2008) mencionan que los factores de ayuda que promueven la resiliencia se pueden ordenar en tres dimensiones: la dimensión interna, formada por elementos positivos de nuestro carácter; la dimensión externa, que incluye los apoyos de familiares, amigos, modelos de conducta o servicios institucionales; y la dimensión social, que comprende la interacción con los otros y la capacidad de resolver problemas. Para colaborar en la expresión de las capacidades resilientes, la residencia tiene que funcionar como un factor protector en cuanto a la entrega de un ambiente seguro, confiable y consistente en el tiempo, que sea predecible y por tanto aporte a disminuir el estrés de los jóvenes. Por lo anterior, se hace necesario pensar el contexto de la residencia, de manera que sea un ambiente que facilite la posibilidad de que las acciones de los jóvenes sean realizadas de forma satisfactoria (Ungar, 2011).

4.5.5 ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑO

El enfoque de reducción de daño surge en la época de los años 70 como un movimiento vinculado a la justicia social, que intenta dar respuesta a problemáticas complejas de personas que provienen en su mayoría de contextos de exclusión y pobreza, donde el problema no es solamente el consumo de drogas sino las carencias sociales, falta de oportunidades y problemas psicológicos (Tatarsky, 2002). Si bien el enfoque surge asociado a problemáticas de consumo de

drogas, son muchas las situaciones en las que este enfoque puede trabajar si se comprenden las nociones y principios de la reducción de daño que buscan fundamentalmente disminuir efectivamente el daño causado a la persona y su entorno. En este sentido, la reducción de daños promueve un enfoque de tratamiento a conductas problemáticas caracterizado por la empatía, la confianza, el no ser directivo, y la aceptación incondicional del otro y de sus necesidades, acompañándolo en el proceso de sentirse nuevamente valioso, digno de cuidado y escuchado. Tatarsky habla del calce correcto, vale decir reconocer dónde se encuentra la persona e ir hacia allá, de modo de acogerla y comprender completamente su historia y luego, desde allí, iniciar un plan de cambio que se adecue a la vida de esa persona (Tatarsky, 2002).

Los niños y jóvenes pueden verse envueltos en conductas de riesgo practicadas por ellos mismos o por sus cuidadores. Estas son prácticas repetitivas que conducen a las personas a ponerse en peligro desde el punto de vista físico, psicológico o social y que pueden producir efectos en distintas áreas de desarrollo: educación, socialización, socioeconómico o también conflictos de género, de identidad cultural o familiar (Azócar, Dorvillius, Echevarría, Filliaudeau, Jamouille, Joubert y Serrano, 2009; Comisión para la medición de la pobreza, 2014).

Algunos ejemplos de conductas de daño son:

- Relaciones sexuales sin protección y a temprana edad
- Consumo de alcohol y drogas
- Conductas que propician accidentes (ej. conducir a alta velocidad)
- Conductas suicidas
- Conductas de autoagresión (ej. cortarse)
- Trastornos alimentarios
- Negarse a recibir cuidados y/o asistencia en una situación de riesgo (enfermedad)

La motivación debe ser siempre la consideración primordial para propiciar un cambio, excepto en los casos en que las preocupaciones acerca de la seguridad requieran una intervención inmediata. En estos casos, es importante adoptar un enfoque matizado con el fin de construir una relación terapéutica que puede influir en un cambio positivo. En los grupos de reducción de daños a principios de la década del 90, los miembros a menudo decían que las personas tienden a tener conocimiento sobre lo que necesitan y en qué momento lo requieren, por lo que los autores confían en que las personas se cuidan a sí mismas en la medida en que tienen lo necesario para ello (Denning y Little, 2012). La finalidad de la intervención no es sólo ¿qué se necesita?, también es ¿qué va a ser útil y no perjudicial?, y por tanto, se toman decisiones y se hacen recomendaciones basadas en la necesidad de seguridad inmediata.

La utilización de este enfoque está pensada principalmente en los adultos significativos relacionados a los jóvenes.

4.5.6 ENFOQUE DE DERECHOS

Como marco normativo, el enfoque de derechos fundamenta su acción en la participación y el reconocimiento de los niños y jóvenes como sujetos de derecho y activos en su propio desarrollo.

Este enfoque tiene su asidero y justificación en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual fue aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1948, y ratificada por todos los países miembros de ésta (ONU, 1948), de la cual Chile es parte. Tal declaración postula que la libertad, la justicia y la paz en el mundo, deben tener en su base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y por ende, el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos (ONU, 1948). De tal modo, esta declaración desarrolla el primer reconocimiento universal de los derechos humanos, como garantías básicas, inalienables e inherentes a los seres humanos, independiente de su nacionalidad, lugar de residencia, género, sexo, origen étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier condición. De tal manera se instala el reconocimiento de que todos nacemos libres y con igualdad en dignidad y derechos, y la comunidad internacional se compromete a defender la dignidad y la justicia para todos los seres humanos por igual (ONU, 1948).

El Estado de Chile se transforma en garante del cumplimiento de los Derechos de los Niños en cuanto firma y ratifica, en el año 1990, la Convención que define tales derechos y promueve el que estos sean protegidos, promovidos y efectivos en nuestro país (Unicef, 2006). La Convención permite avanzar respecto al enfoque de necesidades, imperante hasta los años 80, el que partía de la base de que las personas que eran usuarias de programas de apoyo social, se constituían en entes pasivos de su situación y recipientes de lo que el Estado pudiera ofrecerles (Save the Children, 2002). En cambio, la aplicación de un enfoque de derechos, basado en los conceptos de desarrollo y derechos humanos, sí obliga a los Estados a hacerse responsables del cumplimiento de esos derechos (Oyarzún, Dávila, Ghiardo y Hatibovic, 2008). Lo anterior significa un cambio en la práctica de la intervención social que se realiza tanto con los niños y jóvenes, como con sus familias y comunidades, en donde se busca que los adultos establezcan relaciones de colaboración, respeto e igualdad con los niños, niñas y jóvenes.

A pesar de que la Convención muestra la necesidad de garantizar protección jurídica y derechos específicos para la infancia (Pautassi y Royo, 2012), actualmente Chile no cuenta con un cuerpo legal unificado que aborde los temas relacionados a infancia, dificultando que exista una visión coherente entre los diversos actores de cómo aprontar la protección en este segmento etario (Observa, MIDE UC, 2013). Con este escenario jurídico en el país, se ha intentado construir un marco normativo que sea capaz de proteger los derechos de los niños y jóvenes. Para esto se han definido algunos ejes principalmente en las dimensiones de salud, educación, prevención del trabajo infantil y prevención de la violencia (Observa, MIDE UC, 2013). Asimismo, a través de los distintos organismos del Estado, se ha intentado realizar un trabajo coordinado para la prevención, protección e intervención en los casos de los niños y jóvenes que se vean en riesgo de perder el cuidado parental.

Para que el enfoque de derechos se haga presente en la intervención social, ésta tiene que ser entendida como un espacio de desarrollo, enfatizando las capacidades, potencialidades y habilidades individuales y colectivas de los niños y jóvenes, donde estos últimos sean partícipes de la intervención y por último, garantes de los

derechos de todos los involucrados en la intervención (Valverde, 2008). De igual manera, los niños y adolescentes que están bajo protección del Estado en residencias, así como sus familias, debiesen tener un acceso garantizado y prioritario a los servicios necesarios para superar las situaciones que llevaron a la separación familiar y con esto promover el bienestar tanto de los niños como de sus familias.

Dadas las discusiones en torno a los resultados negativos que presentaban las residencias con alta densidad poblacional y la superación de la concepción de situación irregular de los niños, es que se pone especial énfasis en reconocer el derecho del niño a vivir en familia. Cuando los niños y jóvenes son removidos del cuidado de sus familias de origen, se debe velar por el interés superior del niño y porque la participación sea garantizada, tanto de la familia como del niño o joven, en todas las instancias en las que estén implicados, como por ejemplo en la construcción de los planes de intervención de las residencias de protección (Cantwell, Davidson, Elsley, Milligan y Quinn, 2012).

4.5.7 ENFOQUE DE GÉNERO

La igualdad de género está basada en normas y principios internacionales de derechos humanos. Es fundamental el respeto a los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de mujeres y hombres en el marco del desarrollo social humano, y esencial para alcanzar el desarrollo sostenible. En este sentido, la perspectiva o enfoque de género es la principal estrategia para alcanzar la igualdad de género (PNUD, 2014).

El enfoque de género es un enfoque político y relacional, ya que hace referencia al poder y a la construcción de categorías cimentadas cultural y contextualmente. Es así como cada cultura elabora simbólicamente la identidad de género a partir del sexo de las personas, entendiendo que sexo e identidad de género no son lo mismo (ACHNU, 2008).

El género es el “conjunto de características culturalmente específicas que identifican el comportamiento social de mujeres y hombres y la relación entre ellos” (PNUD, 2006, Pág.69). Se puede decir entonces

que género es una construcción social que da lugar a un conjunto de características y expectativas que un grupo social atribuye a mujeres y hombres en función de su sexo. Esto significa que los roles tradicionalmente atribuidos, tanto al hombre como a la mujer, son susceptibles de cambiar y modificar a través de una transformación cultural, tal como se ha venido propiciando en los últimos años.

Los estereotipos de género son ideas simplificadas, pero fuertemente asumidas, sobre las características de los hombres y de las mujeres. Estos suelen mostrar al hombre como objetivo, activo, independiente, fuerte y a la mujer como subjetiva, dependiente, pasiva, frágil, conciliadora, emocional (PNUD, 2006).

El enfoque de género es una herramienta de trabajo que permite identificar las tareas de hombres y mujeres, para identificar las asimetrías, las relaciones de poder y las inequidades, y formular mecanismos para superar las brechas construidas socialmente sobre el poder y la exclusión (PNUD, 2006). Es un marco que permite analizar la manera de aproximarse e intervenir con niños y niñas, de manera de promover la igualdad de oportunidades y disminuir las posibilidades de discriminación o preconcepciones basadas en los estereotipos de género.

Es necesario considerar que la aplicación del enfoque de género a nivel residencial –especialmente al tener en cuenta que hay mayor presencia de mujeres en los centros residenciales– requiere que se develen y cuestionen los prejuicios y estereotipos que puedan existir en los equipos técnicos y en los niños y adolescentes, esto incluye implementar estrategias de prevención de la violencia y coacción en todos los ámbitos donde las niñas y niños se vinculen, brindando oportunidades para que se aprenda a respetar a cualquier sexo y expresión de género. A su vez, el trabajo sobre los estereotipos de género y sus consecuencias no sólo se trabajarán con los niños y niñas, sino también en el trabajo que se realice con las familias, lo que contribuirá al proceso de superación de las experiencias de vulneración experimentadas por los niños y adolescentes (SENAME, 2016).

4.5.8 ENFOQUE INTERCULTURAL

Chile es un país multicultural y plurilingüe, donde conviven distintas culturas y sistemas lingüísticos. Además de los pueblos originarios, en los últimos años, Chile ha acogido a muchas personas que migraron de distintos países del mundo, mayoritariamente de Sudamérica y del Caribe.

La residencia se proyecta a ser un lugar donde se promuevan las relaciones de respeto entre los distintos grupos culturales, donde todos sean tratados por igual y puedan acceder a las mismas posibilidades, así como un espacio donde se produzca un intercambio entre los diversos grupos. A esto se le llama enfoque intercultural. No sólo se espera que puedan convivir de manera tolerante unos con otros, sino que las relaciones sean en base al respeto y aprendizaje mutuo, valorando las particularidades de cada persona, idioma, gustos de comida, formas de vestir, ritos y visión de mundo particulares.

Así como lo dice la Convención de Derechos de los Niños (Unicef, 2006), a todos los niños y jóvenes se le respetarán sus derechos y se asegurará que se apliquen

- “independiente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales, y se tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares”;
- “preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares... libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”;
- “los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a

un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con lo demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma”.

La residencia tendrá como cometido generar espacios donde todas las culturas puedan dialogar, enriqueciendo así, la convivencia entre los jóvenes, tutores, profesionales y administrativos, favoreciendo los lazos de confianza y el respeto por las expresiones propias de cada cultura. Además, se promoverá que todos los participantes en la residencia estén atentos a estereotipos, prejuicios y valoraciones sobre la propia cultura o la de otros y así detener cualquier gesto o acto discriminatorio que pueda poner en riesgo la dignidad y respeto de las personas con las que nos relacionamos en la residencia o fuera de ella.

Desde las Orientaciones Técnicas de Sename (2016) se sugiere que: se consulte a cada adolescente su pertenencia étnica; estimar las formas en que cada adolescente pueda mantener el contacto con su contexto étnico-cultural; planificar la socialización desde el paradigma cultural de cada adolescente, conservando los referentes culturales de la familia de origen; incorporar una mirada transnacional al considerar la situación experimentada por los adolescentes migrantes, tomando en cuenta las historias individuales, contextos socioculturales del país de origen y experiencia vivida en el país de acogida.

4.6

COSTO DEL PROYECTO PILOTO

A continuación se presenta una tabla comparativa entre línea base, ideal de residencia y propuesta piloto. La línea base contempla los costos de operación actual de la residencia Anita Cruchaga en la comuna de Quilpué con capacidad para 20 jóvenes modalidad

RSP-PER de subvención Sename; el ideal contempla el costo de la ejecución de las recomendaciones calificadas por la metodología RAM al 100% y con una capacidad para 6 jóvenes y, por último, la propuesta piloto es un ajuste y priorización de las recomendaciones de manera de hacer viable y replicable a la realidad nacional la implementación del nuevo modelo técnico y está pensada para atender a 10 jóvenes.

En la Tabla N° 10 aparecen los principales componentes que explican las diferencias del costo para cada escenario. En estos cálculos no están incluidos los costos de infraestructura.

Tabla N° 10: Comparación de costos residencias

		Línea base	Ideal	Propuesta piloto
Operaciones	Total anual	\$-89.500.926	\$-90.000.000	\$-60.119.951
Recursos Humanos	Total anual	\$-102.780.035	\$-254.184.000	\$-178.464.000
	Trato directo	\$-35.973.012	\$-103.200.000	\$-72.000.000
	Especialización	\$-66.807.023	\$-107.400.000	\$-67.680.000
	Familia y egresados	0	\$-28.800.000	\$-24.000.000
	Aseo y alimentación	0	\$-14.784.000	\$-14.784.000
Total RRHH y Operaciones		\$-192.280.961	\$-344.184.000	\$-238.583.951
Plazas		20	6	10
Subsidio Sename		\$91.398.787	\$27.419.636	\$45.699.394
Subsidio Junaeb		\$21.604.168	\$6.481.250	\$10.802.084
Brecha		\$-79.278.006	\$-310.283.114	\$-182.082.474
Per cápita mensual RRHH + Operaciones		\$801.171	\$4.780.333	\$1.988.200
Per cápita mensual Subsidio Sename		\$380.828	\$380.828	\$380.828
Per cápita mensual Subsidio Junaeb		\$90.017	\$90.017	\$90.017
Brecha		\$330.325	\$4.309.488	\$1.517.354

Tabla 11: Costo proyecto piloto 1 año por ambas residencias

	Propuesta piloto	
Operaciones		
	Total anual (a)	\$-120.239.902
Recursos Humanos	Trato directo	\$-144.000.000
	Especialización	\$-135.360.000
	Familia y egresados	\$-48.000.000
	Aseo y alimentación	\$-29.568.000
	Total anual (b)	\$-356.928.000
	Costo Anual Piloto 2 Residencias (1 año) (a+b)	\$-477.167.902
Proceso adecuación equipo*	\$-25.000.000	
Plazas	20	
Subsidio Sename	\$91.398.787	
Subsidio Junaeb	\$21.604.168	
Necesidad de financiamiento (1 año)	\$-389.164.946	

*Sólo el primer año

Se tiene la convicción de que el modelo propuesto puede ser replicable a la realidad nacional. La población en el sistema residencial es pequeña en comparación con otros grupos vulnerables a nivel nacional, por lo que en términos comparativos no significaría un monto sustancial para el presupuesto estatal. Actualmente hay cerca de 13 mil niños y adolescentes en residencias, de los cuales un gran porcentaje podría ser derivado a programas ambulatorios o de familia de acogida, sobre todo aquellos menores de 12 años.

De igual manera, es fundamental evaluar la efectividad de los recursos que el Estado está destinando a programas ambulatorios de prevención y protección de vulneración de derechos. Actualmente, Sename tiene un presupuesto anual cercano a los 130 mil millones en las áreas de Protección y Adopción, de los cuales un 22% es destinado a centros residenciales, un 64% a programas ambulatorios, un 6% a diagnósticos (DAM) y un 6% a oficinas de protección de derechos

(OPD). En este sentido, es importante señalar que un porcentaje significativo de los jóvenes ha pasado por programas ambulatorios antes de ingresar a residencias.

Igualmente, es primordial revisar las diferencias en los subsidios que entrega el Sename a los organismos privados (OCAS) y el gasto que realiza en sus centros de administración directa (CREAD). Las OCAS reciben en promedio 260 mil pesos mensuales por niño (con un máximo de 460 mil pesos mensuales por niño), mientras que los CREAD reciben en promedio 1 millón 600 mil pesos mensuales por niño (con un máximo de 2 millones 200 mil pesos mensuales por niño). Por ende, los costos de este piloto se ajustan a lo que ya Sename gasta en sus centros de atención directa.

Los beneficios de este proyecto pueden cuantificarse en términos de la rentabilidad social que tendría invertir en la protección y cuidado de estos jóvenes. La evidencia internacional demuestra que entregar un cuidado residencial de calidad puede tener retornos en términos de ahorro en gastos de asistencia social futura, en cuanto a gastos en servicios de salud, salud mental, rehabilitación de drogas y alcohol, subsidios de vivienda social; junto con una disminución en gastos de policía y encarcelación. Igualmente, una residencia de calidad debería disminuir la cantidad de egresados en situación de calle.

Asimismo, el Estado podría aumentar sus ingresos a través de la recolección de impuestos al contar con un mayor porcentaje de egresados con participación laboral. Por ejemplo, un estudio de Canadá indica que por cada dólar gastado en entregar cuidado residencial, el Estado ahorra o gana 1,36 dólares en la vida futura de esa persona adulta (The Office of the Provincial Advocate for Children y Youth, Canadá, 2012).



5. PALABRAS FINALES

Tal como se ha expuesto a lo largo de esta investigación, todos los análisis de caracterización referidos a los niños y adolescentes que se encuentran en los distintos dispositivos de protección y cuidado, tanto en Chile como también a nivel mundial, indican que gran parte de los adolescentes de entre 12 y 18 años cuentan con largas historias de exposición a traumas y otras experiencias adversas en sus vidas como el abuso sexual, físico o emocional, el abandono o violencia doméstica, por mencionar sólo algunas. Es precisamente sobre este grupo que el sistema de protección actual ha llegado tarde y mal, lo que se traduce en que no sólo ha fallado en su rol protector, sino que en algunos casos incluso los ha dañado, aumentando sus trayectorias de vulneración de derechos. Por esta razón es que la Fundación Hogar de Cristo ha considerado primordial focalizar el trabajo en este grupo y recopilar la evidencia necesaria para implementar un servicio especializado que realmente mejore sus condiciones de vida.

Muchas veces se habla de estos jóvenes como aquellos de carácter difícil, desafiantes en su trato y de perfil cada vez más complejo, atribuyendo sus necesidades a problemáticas personales o familiares o simplemente a dificultades surgidas espontáneamente. Lo que se olvida es que este perfil de niños y adolescentes es construido en sociedad²¹, estos niños muchas veces tan sólo responden adaptativa y defensivamente a las vulneraciones de derechos cotidianas de las que son objeto en una etapa de la vida que es crucial para el desarrollo emocional, físico y mental. Estos jóvenes no nacieron con problemas, ellos han nacido y crecido en pobreza material, con todas las repercusiones económicas y sociales que esto conlleva. Han nacido en un contexto que los excluye, priva, problematiza e invisibiliza; en una sociedad que está lejos de protegerlos y darles oportunidades para su desarrollo.

Hoy es necesario realizar un cambio de paradigma en los servicios residenciales lo que, si bien implica un esfuerzo país, es necesario, posible y replicable. Luego de revisar la amplia evidencia internacional existente en torno a estos dispositivos y relativo a los sistemas de protección y de debatir largamente con profesionales de diversos ámbitos que han trabajado por años en esta temática, tenemos la

²¹O en palabras de un viejo proverbio africano: “se requiere a todo un pueblo para criar un niño”.

certeza de que la propuesta planteada aquí no sólo es adecuada y urgente sino que también es viable en su ejecución y escalable en el tiempo, en la medida que se cumplan algunas condiciones.

a) Reducción de cobertura: La evidencia internacional muestra que todos los países desarrollados poseen dispositivos residenciales, pero estos existen para un perfil determinado de niños y adolescentes que requieren de intervenciones especializadas y para los que no es posible la reunificación familiar o la vinculación a familias de acogida. Estos son los niños y adolescentes que requieren de dispositivos residenciales permanentes y que según estimaciones no debiesen superar el 50% de los que hoy se encuentran viviendo bajo el sistema de protección en Chile, es decir de cerca de los 13.000²² niños y adolescentes de entre 0 y 18 años que se encuentran actualmente en estos dispositivos, sólo les correspondería vivir en residencias a un máximo de 6.000, donde la mayor parte de estos debieran ser de entre 12 y 18 años de edad. Junto a lo anterior, la mayoría de los niños de entre 0 y 12 años debiera estar en sistemas familiares de cuidado, es decir, sus propias familias, familias extensas o familias de acogida.

Esto resulta relevante en términos de costos, ya que al bajar a más de la mitad la cantidad de adolescentes en residencias especializadas, inmediatamente podría subir a casi el doble el financiamiento actual de estos dispositivos, sólo por efecto redistributivo de recursos.

Es necesario destacar que la reducción de cobertura debe ser gradual y necesariamente acompañada por un intenso trabajo con familia de origen, nuclear o extensa, mejoramiento sustantivo de los programas de familia de acogida externa y programas comunitarios de promoción de buen trato, además de considerar servicios de calidad en salud y educación como soporte estructural a las familias. Por otro lado, no se debe olvidar que muchos de los niños y adolescentes que se encuentran en residencias, lo están por problemas relacionados a la pobreza,

²²Información obtenida por transparencia sobre adolescentes entre 12 y 18 años usuarios de SENAME en residencias período 2015.

por falta de condiciones dignas para vivir, bajos sueldos, falta de redes, entre otros elementos que dificultan a las familias el cuidado de sus hijos.

- b) Articulación de servicios:** Los dispositivos actualmente existentes carecen de especialización, no permiten atender la diversidad de esta población, la que requiere de servicios eficientes para resolver sus necesidades y demandas y al no existir suficiente oferta territorial se ha transformado en un espacio iatrogénico para los adolescentes, que como ya ha sido planteado, no logra satisfacer sus necesidades de manera oportuna y eficaz. Por esta razón el modelo aquí planteado ha resuelto incorporar algunos componentes dentro de su propuesta, como por ejemplo las horas de psiquiatra, psicoterapia y asesoría legal, lo que evidentemente encarece su ejecución. En la medida en que estos servicios sean garantizados para esta población desde el sistema público en términos de oportunidad de respuesta, eficiencia y calidad, ya no sería necesario contar con estas prestaciones al interior de cada programa, lo que consecuentemente disminuiría el costo de su operación.
- c) Fortalecimiento de la oferta ambulatoria:** Las residencias de protección no son recomendables para niños menores de 6 años y se debe realizar un proceso de desinternación de niños hasta los 12 años, como ya ha sido mencionado en base a la evidencia revisada. Para estos fines deben disponerse servicios que apoyen y fortalezcan a las familias de origen y de ser necesario incorporen a la familia extendida y en caso de requerirlo contar con una adecuada oferta de familias de acogida acompañadas por dispositivos que les traspasen competencias y las supervisen. En este mismo sentido las reglamentaciones relacionadas con la adopción deben volverse más expeditas de manera de optimizar los tiempos requeridos para evaluar la idoneidad parental. Actualmente, no existen programas desde el Estado relacionados con prevención territorial, que trabajen en contextos de pobreza y exclusión social, que resuelvan tempranamente temas como la exclusión escolar, las conductas de riesgo y que trabajen

articulando las redes de servicio de un territorio y fortaleciendo a las familias, todo sin esperar la existencia de una vulneración de derechos²³.

- d) **Relación costo beneficio:** Lo que el Estado invierte en la vida de una persona con vulneraciones múltiples de derechos por medio de programas de bajo estándar, sin mediciones de impacto ni de resultados, resulta ser considerablemente más costoso que intervenciones tempranas de calidad. Esto se avala con evidencia internacional, que muestra el considerable porcentaje de retribución económica cuando se invierte en infancia y juventud.
- e) **Legislación:** El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado en sus observaciones de los años 1994, 2002, 2007 y 2015 que el Estado Chileno apruebe una ley de protección integral de los derechos del niño dado que el enfoque tutelar de la Ley de Menores de 1967 aún vigente, resulta incompatible con un marco jurídico que reconozca y garantice los derechos de todos los niños en Chile. Lamentablemente los intentos por modificarla el año 2005 y 2012 fracasaron. Actualmente existe un conjunto de normas en discusión en el Congreso que permitirían lograr un cambio significativo en cuanto al ejercicio de derechos de niños y adolescentes. Dentro de estas normativas se encuentra el Sistema de Garantía para la Niñez, la Subsecretaría de la Niñez, el Servicio de Protección Especializada, el Servicio de Reinserción Juvenil y la Defensoría de la Niñez.

Todos los puntos anteriores, se traducen en una agenda de trabajo en la que deben participar varios actores (del Estado y la sociedad civil), de manera tal de generar una transformación profunda al sistema de protección de la infancia, siguiendo las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño.

²³Los programas preventivos hoy existentes se activan sólo cuando existen vulneraciones de derechos, por ejemplo los Programas de Prevención Focalizada cuyo objetivo principal es: “Restituir derechos vulnerados asociados a mediana complejidad, que afectan a niños y adolescentes en el contexto familiar, previniendo su cronificación” (extraído de las Bases Técnicas SENAME para PPF, 2015).

Todo lo anterior nos muestra que hoy como sociedad hay que responsabilizarse y entregar a estos jóvenes todo aquello que les ha sido privado, sin escatimar en recursos. Las preguntas que como sociedad debiéramos hacernos entonces son: ¿Qué debemos hacer para garantizar el bienestar a nuestros niños y jóvenes? ¿Cuánto cuesta no dañar a un niño o joven que ya ha vivido experiencias de trauma? Y eso es lo que hemos intentado responder con esta investigación. Hemos mostrado el recorrido efectuado como Fundación, el que comienza con una profunda introspección y termina con la entrega de una propuesta de modelo residencial con la tarea de ejecutarlo y evaluarlo, para así poder implementar de modo serio, a nivel país, un servicio pertinente y de calidad a los jóvenes que han sido gravemente vulnerados en sus derechos.

ANEXO 1: RESULTADOS CALIFICACIÓN PANEL DE EXPERTOS POR RECOMENDACIÓN

Tabla N°12: Resumen resultados calificación adecuación por recomendación

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	ADECUADA
1	9	8	8.8	9	0.2	0.1	-4.9	4.9	9.7	-9.5	sí
2	6	6	4.5	8	3.5	1.8	-3.3	3.3	7.2	-3.7	Incierta
3	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
4	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
5	7	7	6	8.5	2.5	1.3	-3.8	3.8	8.0	-5.5	sí
6	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
7	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
8	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
9	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
10	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
10.1	7	7	6	9	3.0	1.5	-3.5	3.5	7.6	-4.6	sí
10.2	7	6	5.2	8	2.8	1.4	-3.6	3.6	7.8	-5.0	sí
10.3	7	7	6	8	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
10.4	9	8	8.2	9	0.8	0.4	-4.6	4.6	9.3	-8.5	sí
10.5	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
10.6	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
10.7	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
11	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
12	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
13	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
14	8	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
15	9	7	6.8	9	2.2	1.1	-3.9	3.9	8.2	-6.0	sí
16	7	7	5.8	9	3.2	1.6	-3.4	3.4	7.5	-4.3	sí
17	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
18	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
19	7	7	6	9	3.0	1.5	-3.5	3.5	7.6	-4.6	sí
20	7	7	6	8.8	2.8	1.4	-3.6	3.6	7.8	-5.0	sí
21	8	7	6.5	9	2.5	1.3	-3.8	3.8	8.0	-5.5	sí
22	8	7	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
23	8	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
24	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
25	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
26	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	ADECUADA
27	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
28	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
29	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
30	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
31	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
32	8	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
33	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
34	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
35	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
36	8	7	6	9	3.0	1.5	-3.5	3.5	7.6	-4.6	sí
37	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
38	9	8	8.8	9	0.2	0.1	-4.9	4.9	9.7	-9.5	sí
39	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
40	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
41	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
42	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
43	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
44	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
45	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
46	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
47	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
48	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
49	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
50	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
51	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
52	9	8	7.8	9	1.2	0.6	-4.4	4.4	9.0	-7.8	sí
53	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
54	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
55	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
56	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
57	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
58	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
59	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
60	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí
61	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
62	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
63	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
64	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
65	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
66	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
67	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	ADECUADA
68	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
69	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
70	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
71	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
72	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
73	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
74	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
75	9	8	8.5	9	0.5	0.3	-4.8	4.8	9.5	-9.0	sí
76	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
77	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
78	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
79	9	9	8.5	9	0.5	0.3	-4.8	4.8	9.5	-9.0	sí
80	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
81	9	8	7.8	9	1.2	0.6	-4.4	4.4	9.0	-7.8	sí
82	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
83	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
84	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
85	9	8	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
86	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
87	9	8	8	9	1.0	0.5	-4.5	4.5	9.1	-8.1	sí
88	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
89	9	9	9	9	0.0	0.0	-5.0	5.0	9.9	-9.9	sí
90	9	8	7	9	2.0	1.0	-4.0	4.0	8.4	-6.4	sí

Tabla N°13: Resumen resultados calificación necesidad por recomendación

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	Necesaria
1	9	8.3	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
2	7	6.5	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
3	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
4	9	8.0	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
5	8.5	7.3	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
6	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
7	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
8	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
9	9	7.3	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
10	9	7.7	7	9	2	1	-4	4	9.4	-7.4	sí
10.1	9	7.2	6	9	3	1.5	-3.5	3.5	8.6	-5.6	sí
10.2	6	6.2	5	7.4	2.4	1.2	-3.8	3.8	9.1	-6.7	Incierta
10.3	8	7.1	5.4	9	3.6	1.8	-3.2	3.2	8.2	-4.6	sí
10.4	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
10.5	9	8.0	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
10.6	9	7.9	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
10.7	9	7.5	6.2	9	2.8	1.4	-3.6	3.6	8.8	-6.0	sí
11	9	7.5	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
12	9	7.3	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
13	9	7.9	7.9	9	1.1	0.6	-4.45	4.5	10.0	-8.9	sí
14	9	7.7	7.3	9	1.7	0.9	-4.15	4.2	9.6	-7.9	sí
15	9	7.5	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
16	9	7.4	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
17	9	7.4	6.5	9	2.5	1.3	-3.75	3.8	9.0	-6.5	sí
18	9	8.1	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
19	9	7.7	8.4	9	0.6	0.3	-4.7	4.7	10.4	-9.8	sí
20	7	6.9	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí
21	9	7.6	7	9	2	1	-4	4	9.4	-7.4	sí
22	9	7.5	6	9	3	1.5	-3.5	3.5	8.6	-5.6	sí
23	9	7.8	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
24	9	7.8	7	9	2	1	-4	4	9.4	-7.4	sí
25	9	7.7	7.6	9	1.4	0.7	-4.3	4.3	9.8	-8.4	sí
26	9	8.0	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
27	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
28	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
29	9	8.3	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
30	9	7.7	7	9	2	1	-4	4	9.4	-7.4	sí

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	Necesaria
31	9	8.0	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
32	8	7.4	5.6	9	3.4	1.7	-3.3	3.3	8.3	-4.9	sí
33	9	7.9	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
34	9	8.0	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
35	9	8.3	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
36	9	7.4	7.1	9	1.9	1.0	-4.05	4.1	9.4	-7.5	sí
37	9	8.3	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
38	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
39	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
40	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
41	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
42	9	8.3	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
43	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
44	9	8.1	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
45	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
46	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
47	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
48	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
49	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
50	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
51	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
52	9	8.0	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
53	9	8.1	8	9	1	0.5	-4.5	4.5	10.1	-9.1	sí
54	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
55	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
56	9	8.9	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
57	9	7.8	7.9	9	1.1	0.6	-4.5	4.5	10.0	-8.9	sí
58	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
59	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
60	9	7.9	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
61	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
62	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
63	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
64	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
65	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
66	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
67	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
68	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
69	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
70	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
71	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí

N	MEDIANA	PROMEDIO	IPR (.30)	IPR (.70)	IPR	IPRCP	AI	AI	IPRAS	IPR-IPRAS	Necesaria
72	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
73	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
74	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
75	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
76	9	8.0	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
77	9	7.7	7	9	2	1	-4	4	9.4	-7.4	sí
78	9	8.0	8.9	9	0.1	0.0	-5.0	5.0	10.8	-10.7	sí
79	9	8.6	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
80	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
81	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
82	9	8.8	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
83	9	8.5	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
84	9	8.4	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
85	9	8.2	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
86	9	8.1	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
87	9	8.1	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
88	9	8.7	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
89	9	8.9	9	9	0	0	-5	5	10.9	-10.9	sí
90	9	7.2	5	9	4	2	-3	3	7.9	-3.9	sí

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y RECURSOS ADICIONALES

- Abraham, E. (2011). A Peanut Butter Moment. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cyconline-jan2011-abraham.html>
- Abramovitz, R., & Bloom, S. (2003). Creating sanctuary in residential treatment for youth: From the “well-ordered asylum” to a “living learning environment.” *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 119-135.
- Abt Associates Inc. (2008). Characteristics of Residential Treatment for Children and Youth with Serious Emotional Disturbances. Recuperado a partir de https://www.naphs.org/documents/abtfinalreport.8.4.08_000.pdf
- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true – no more residential care. A corrective note. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 195–199. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00359.x>
- Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16–24. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12025>
- Akin, B. A., Bryson, S. A., McDonald, T., & Walker, S. (2012). Defining a target population at high risk of long-term foster care: barriers to permanency for families of children with serious emotional disturbances. *Child Welfare*, 91(6), 79–101.
- Akin, B. A., Bryson, S. A., McDonald, T., & Walker, S. (2012). Using Quantitative and Qualitative Methods to Explore Barriers to Permanency for Children with SED and Their Parents. En ResearchGate. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/268158036_Using_Quantitative_and_Qualitative_Methods_to_Explore_Barriers_to_Permanency_for_Children_with_SED_and_Their_Parents
- Allen, J. (2008). The Attachment System in Adolescence. En J. Cassidy, y P. R. Shaver, *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (págs. 419-435). London: Guilford Press.

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2010). Principles of Care for Treatment of Children and Adolescents with Mental Illnesses in Residential Treatment Centers. Recuperado a partir de https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/clinical_practice_center/principles_of_care_for_children_in_residential_treatment_centers.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Andreassen, T. (2015). MultifunC: Multifunctional treatment in residential and community settings. En J. K. Whittaker, J. F. D. Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Anglin, J. P. (2014). *Pain, Normality, and the Struggle for Congruence: Reinterpreting Residential Care for Children and Youth*. Routledge.
- Arkansas Child Welfare Agency Review Board. (2016). Minimum Licensing Standards for Child Welfare Agencies: Placement. Child Welfare Agency Review Board.
- Armour, M. P., & Schwab, J. (2007). Characteristics of Difficult-to-Place Youth in State Custody: A Profile of the Exceptional Care Pilot Project Population. *Child Welfare*, 86(3), 71.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., ... Blaustein, M. E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34–51. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545046>
- Asen, E. (2007). Changing “Multi-Problem Families” – Developing a Multi-Contextual Systemic Approach. *Social Work & Society*, 5(3), 1–10.
- Asociación Chilena Pro Naciones Unidas [ACHNU] (2008). *Género, maltrato e infancia: Manual dirigido a los equipo de proyectos especializados en maltrato y abuso sexual grave de la red SENAME*. Santiago.
- Auditor General for Scotland. (2010). Getting it right for children in residential care. Recuperado a partir de http://www.audit-scotland.gov.uk/docs/local/2010/nr_100902_children_residential.pdf

- Australian Government. (2016). Child Protection in Australia, 2014-2015. Recuperado a partir de <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129554973>
- Aventin, Á., Houston, S., & Macdonald, G. (2014). Utilising a computer game as a therapeutic intervention for youth in residential care: Some preliminary findings on use and acceptability. *Children and Youth Services Review*, 47, 362–369. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.10.012>
- Avery, R. J., & Freundlich, M. (2009). You're all grown up now: Termination of foster care support at age 18. *Journal of Adolescence*, 32(2), 247–257. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.03.009>
- Azocar, B., Dorvillius, E., Echevarria, P., Filliaudeau, H., Jamouille, P., Joubert, M., et al. (2009). Elementos generales para entender la generación de conductas de riesgo en sectores vulnerables [Les conduites à risques. Penser et agir la prévention] (S. Serrano, Trad.). *El Observador*, 5, 120-167.
- Baglivio, M. T., Jackowski, K., Greenwald, M. A., & Wolff, K. T. (2014). Comparison of Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy Effectiveness: A Multiyear Statewide Propensity Score Matching Analysis of Juvenile Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(9), 1033–1056. <https://doi.org/10.1177/0093854814543272>
- Baker, A. J. L., Kurland, D., Curtis, P., Alexander, G., & Papa-Lentini, C. (2007). Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system: residential treatment centers compared to therapeutic foster care in the Odyssey Project population. *Child Welfare*, 86(3), 97–123.
- Baker, C. (2011). Permanence and stability for disabled looked after children. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/permanence-stability-disabled-looked-after-children>
- Baker, C., Sinclair, I., Lee, J., & Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanence: A Study of the English Child Care System*. Jessica Kingsley Publishers.
- Barlow, J., Fisher, J. D., & Jones, D. (2012). Systematic review of models of analysing significant harm (Report). Oxford University: Department for Education. Recuperado a partir de <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DFE-RR199.pdf>

- Barth, R. P. (2002). *Institutions vs. Foster Homes: The Empirical Base for the Second Century of Debate*. Chapel Hill: University of North Carolina, School of Social Work, Jordan Institute for Families. Recuperado a partir de <http://ahum.assembly.ca.gov/sites/ahum.assembly.ca.gov/files/hearings/062811-BarthInstitutions-vFosterHomes.pdf>
- Barth, R. P. (2005). Residential care: from here to eternity. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 158–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00355.x>
- Barth, R. P., Greeson, J. K. P., Guo, S., Green, R. L., Hurley, S., & Sisson, J. (2007). Outcomes for youth receiving intensive in-home therapy or residential care: a comparison using propensity scores. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 497–505. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.497>
- Barton, S., Gonzalez, R., y Tomlinson, P. (2012). *Therapeutic residential care for children and young people: An attachment and trauma-informed model for practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bath, H. (2008). Residential care in Australia, Part I: Service trends, the young people in care, and needs-based responses. *Children Australia*, 33(2), 6–17. <https://doi.org/10.1017/S1035077200000171>
- Batty, E. and Cole, I. (2010) *Resilience and the recession in six deprived communities: Preparing for worse to come?* JRF programme paper: Poverty and place programme, York: Joseph Rowntree Foundation
- Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial GEDISA.
- Bean, P., White, L., Neagle, L., & Lake, P. (2005). Is Residential Care an Effective Approach for Treating Adolescents with Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Diagnoses? *Best Practices in Mental Health*, 1(2), 50–60.
- Beck, U. (2013). *World at Risk*. John Wiley & Sons.
- Beinum, M. V., Martin, A., & Bonnett, C. (2002). Catching children as they fall: mental health promotion in residential child care in East Dunbartonshire - Social Care Online. *Scottish Journal of Residential Child Care*. Recuperado a partir de <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/catching-children-as-they-fall-mental-health-promotion-in-residential-child-care-in-east-dunbartonshire/r/a1CG0000000Ges7MAC>

- Bell, E. (2009). Service Blueprints: Can they Help Ensure the Ideals of Residential Services are not “Lost in Translation”? *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/08865710902782672>
- Benard, B. (2006). Using strengths-based practice to tap the resilience of families. En D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatric Child Health*, 541-545.
- Berridge, D. (1994). Foster and Residential Care Reassessed: A Research Perspective. *Children & Society*, 8(2), 132–150. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.1994.tb00420.x>
- Berridge, D., & Brodie, I. (1998). *Children’s Homes Revisited*. J. Kingsley.
- Berridge, D., Biehal, N., & Henry, L. (2010). Living in children’s residential homes. Recuperado a partir de [https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/living-in-childrens-residential-homes\(2631026c-f8a3-40e1-a642-d1e312e4b36c\).html](https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/living-in-childrens-residential-homes(2631026c-f8a3-40e1-a642-d1e312e4b36c).html)
- Bertolino, B. (2015). *Working with Children and Adolescents in Residential Care: A Strengths-Based Approach*. Routledge.
- Better Care Network. (2016). *Country Care Review: Chile*. Recuperado a partir de <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Chile%20Country%20Care%20Review.pdf>
- Bettmann, J. E., & Jasperson, R. A. (2009). Adolescents in Residential and Inpatient Treatment: A Review of the Outcome Literature. *Child & Youth Care Forum*, 38(4), 161–183. <https://doi.org/10.1007/s10566-009-9073-y>
- Bhuvanawari, K., & Deb, S. (2016). Efficacy of Family-Based Care as Compared with Institutional Care: A Careful Review. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 3(2), 161. <https://doi.org/10.5958/2349-3011.2016.00011.6>
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2007). Intervening beyond the child: The intervening nature of attachment and trauma. *Attachment theory into practice*, 48–54.
- Bloom, S. (1997). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.

- Bloom, S. L. (2005). The Sanctuary Model of Organizational Change for Children's Residential Treatment. ResearchGate, (Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations), 65–81.
- Boada, C. M., & Aznar, F. C. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: Revisión de la literatura Española. *Educación XX1*, 13(2). <https://doi.org/10.5944/educxx1.13.2.240>
- Boada, C. M., & Aznar, F. C. (2012). Educación y jóvenes procedentes del sistema de protección a la infancia. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (52), 153–165.
- Boada, C. M., Aznar, F. C., & Bertrán, I. (2013). Desigualdad de oportunidades educativas entre los adolescentes en acogimiento residencial y familiar. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 36(4), 443–454.
- Boddy, J. (2013). Understanding permanence for looked after children: a review of research for the Care Inquiry [Reports and working papers]. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <http://thecareinquiry.files.wordpress.com/2013/04/understanding-permanence-for-lac.pdf>
- Boddy, J., Statham, J., Susan, M., Petrie, P., & Owen, C. (2009). Working at the “Edges” of Care? - European Models of Support for Young People and Families. Recuperado a partir de <http://sro.sussex.ac.uk/39327/1/workingattheedgesofcare.pdf>
- Boel-Studt, S. M., & Tobia, L. (2016). A Review of Trends, Research, and Recommendations for Strengthening the Evidence-Base and Quality of Residential Group Care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(1), 13–35. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1175995>
- Bornstein, D. (2014, marzo 19). Teaching Children to Calm Themselves. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <https://opinionator.blogs.nytimes.com/2014/03/19/first-learn-how-to-calm-down/>
- Bowden, F., & Lambie, I. (2015). What makes youth run or stay? A review of the literature on absconding. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 266–279. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.005>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol II: Separation*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1979). *The Making & Breaking of Affectional Bonds*. Psychology Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. III, loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Boys Town. (s. f.). Recuperado 17 de agosto de 2017, a partir de <http://www.boystown.org/Pages/default.aspx>
- Brännström, L., Kaunitz, C., Andershed, A.-K., South, S., & Smedslund, G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 27*, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.006>
- Brauers, M., Kroneman, L., Otten, R., Lindauer, R., & Popma, A. (2016). Enhancing adolescents' motivation for treatment in compulsory residential care: A clinical review. *Children and Youth Services Review, 61*, 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.011>
- Bravo, A., & Valle, J. F. del. (2009). Intervención socioeducativa en acogimiento residencial. Gobierno de Cantabria. Recuperado a partir de http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Interv%20Socioeducativa_Acogimiento%20Residencial.pdf
- Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2004). Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 55(6), 706–708. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.6.706>
- Breland-Noble, A. M., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., Potter, E., & Burns, B. J. (2005). Mental Health and Other Service Use by Youth in Therapeutic Foster Care and Group Homes. *Journal of Child and Family Studies, 14*(2), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-5045-5>
- Brendtro, L. (2016, junio 17). *Positive Peer Culture*.
- Brendtro, L. K., & Vorrath, H. H. (2011). *Positive Peer Culture*. Transaction Publishers.
- Brenner, S. L., Southerland, D. G., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. Z. (2014). Use of Psychotropic Medications Among Youth in Treatment Foster Care. *Journal of Child and Family Studies, 23*(4), 666–674. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9882-3>

- Bronfenbrenner Center for Translational Research. (2016). The Therapeutic Crisis Intervention System. Recuperado a partir de http://rccp.cornell.edu/_assets/TCI_COURSE_BULLETIN_web.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Brown, J. D., Ireys, H. T., Allen, K., Krissik, T., Barrett, K., Pires, S. A., & Blau, G. (2011). Youth and Family Participation in the Governance of Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28(4), 311–326. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2011.615238>
- Brown, S., & Wilderson, D. (2010). Homelessness prevention for former foster youth: Utilization of transitional housing programs. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1464–1472. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.07.002>
- Browne, K. (2009). The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care. Save the children. Recuperado a partir de http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/The_Risk_of_Harm_1.pdf
- Brünner, J. J. (1998). Globalización cultural y posmodernidad. Fondo de Cultura Económica.
- Bullard, L., Gaughen, K. & Owens, L. (2005). Residential services for children and youth in out-of-home care: A critical link in the continuum of care. Mallon, Gerald P., & Hess, Peg McCartt. (Eds.) (2005). *Child Welfare for the 21st Century: A Handbook of Practices, Policies and Programs*. Revised Edition. Columbia University Press., New York.
- Bullard, L., Gaughen, K., & Owens, L. (2014). An overview of residential services. Recuperado a partir de <http://garymallon.com/spring2014/cw702/s11/35.Bullard.Residential.Final.03.16.2012.pdf>
- Bullock, R. (2008). Leadership, structure and culture in residential care. En A. Kendrick, *Residential Child Care: Prospects and Challenges*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bullock, R., Clough, R., & Ward, A. (2006). *What Works in Residential*

- Child Care: A review of research evidence and the practical considerations (1 edition). London: National Children's Bureau.
- Bullock, Roger. (2008). Leadership, Structure and Culture in Residential Child Care. In Kendrick, Andrew (Ed.), *Residential Child Care, Prospects and Challenges* (Jessica Kingsley Publishers).
- Cahill, O., Holt, S., & Kirwan, G. (2016). Keyworking in residential child care: Lessons from research. *Children and Youth Services Review*, 65, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.04.014>
- Calheiros, M. M., Lopes, D., & Patrício, J. N. (2011). Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1930–1938. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.020>
- Calheiros, M. M., Patrício, J. N., & Graça, J. (2013). Staff and youth views on autonomy and emancipation from residential care: A participatory research study. *Evaluation and Program Planning*, 39, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.04.003>
- Cámara de Diputados (2013). Informe de la Comisión Especial Investigadora Del Funcionamiento del Servicio Nacional de Menores (Sename). Chile. <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=MANDATOSGRALDET&prmID=10892&prmTIPODOC=COM&prmPERIODO=2010-2014>
- Cameron, C. (2004). Social Pedagogy and Care: Danish and German Practice in Young People's Residential Care. *Journal of Social Work*, 4(2), 133–151. <https://doi.org/10.1177/1468017304044858>
- Cameron, M., & Guterman, N. B. (2007). Diagnosing Conduct Problems of Children and Adolescents in Residential Treatment. *Child and Youth Care Forum*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9027-6>
- Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I., & Quinn, N. (2012). Moving Forward: Implementing the "Guidelines for the Alternative Care of Children". Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. Recuperado a partir de <http://www.alternativecareguidelines.org/Portals/46/Moving-forward/Moving-Forward-implementing-the-guidelines-for-web1.pdf>
- Care Forum Wales. (2009). Good Practice Guide to Placement Planning. Presentado en Special interest forum residential child care, Cardiff. Recuperado a partir de <http://www.careforumwales.co.uk/uploads/e3137%20care%20forumgoodpracticeguide%20final%20no%20crops.pdf>

- Care Inquiry. (2013). The Care Inquiry Report. Making not breaking: Building relationships for our most vulnerable children. Recuperado 20 de julio de 2017, a partir de <https://www.adoptionuk.org/sites/default/files/articles/care-inquiry-full-report-april-2013.pdf>
- Carlson, M. & Felton E. (1997). Psychological and neuro-endocrinological sequel of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals of New York Academy of Sciences* 807: 419–28.
- Casas, F., & Montserrat, C. (2009). Sistema educativo e igualdad de oportunidades entre los jóvenes tutelados: estudios recientes en el Reino Unido. *Psicothema*. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711895007>
- Castlecare. (s. f.). Keyworker Guidance. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de http://www.proceduresonline.com/castlecare/chapters/g_key_work.htm
- CELCIS. (2015, noviembre 26). Standard for Residential Child Care in Scotland | Degree for Residential Child Care. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <https://www.celcis.org/our-work/services/qualifications/new-degree-residential-child-care/>
- CEPAL (2013) Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas, Panorama Social de América Latina 2013. Santiago, Chile.
- Chapin Hall and Chadwick Center. (2016, enero). Using Evidence to Accelerate the safe and effective reduction of congregate care for youth involved in child welfare. Policy Brief 2016. Recuperado a partir de https://comm.ncsl.org/productfiles/83453725/reduction_of_congregate_care.pdf
- Cheng, T. (2006). Children's access to four medical services: Impact of welfare policies, social structural factors, and family resources. *Children and Youth Services Review*, 28(6), 595–609. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.04.014>
- Children's Bureau. (2015, marzo 30). A National Look at the Use of Congregate Care in Child Welfare. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <https://www.acf.hhs.gov/cb/resource/congregate-care-brief>
- Chipenda-Dansokho, S., & The Centre of Social Policy. (2006). The determinants and influence of size on residential settings for children. En R. Clough & A. Ward (Eds.), *What Works in Residential Child Care*. Jessica Kingsley Publishers.

- Christian, S. (2003). Educating children in foster care. National Conference of State Legislators—A collaborative project on children and family issues. National Conference of State Legislatures. Recuperado a partir de https://www.ncsl.org/print/cyf/foster_care_education.pdf
- Clarke, A. (2011). Three Therapeutic Residential Care Models, the Sanctuary Model, Positive Peer Culture and Dyadic Developmental Psychotherapy and Their Application to the Theory of Congruence. *Children Australia*, 36(2), 81–87. <https://doi.org/10.1375/jcas.36.2.81>
- Comisión para la medición de la pobreza. PNUD. (2014). Informe Final. Obtenido de Chile: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_comision_pobreza_2014.pdf
- Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. Naciones Unidas.
- Community Social Services Joint Job Evaluation Committee. (2003). Residential child and youth worker. Recuperado a partir de https://hsabc.org/webuploads/benchmarks/Res_CYW.pdf
- Comptroller and Auditor General. (2014). Children in care. Department for Education. Recuperado a partir de <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/Children-in-care1.pdf>
- Connecticut Department of Children and Families. (2011). Congregate Care Rightsizing and Redesign--young Children, Voluntary Placements and a Profile of Therapeutic Group Homes: Executive summary. DCF Connecticut.
- Connolly, M. (2017). The residential practice framework: Integrating research and knowledge with practice. Recuperado a partir de http://www.academia.edu/18570374/The_residential_practice_framework_Integrating_research_and_knowledge_with_practice
- Consejo Nacional de la Infancia. (2016). Estudio sobre Sistemas de Protección Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes. Recuperado a partir de <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/12/Estudio-sobre-Sistemas-de-Protecci%C3%B3n-Especializada-1.pdf>

- Cook, A. S. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 390–398.
- Council of Europe. (2005, marzo 16). Recommendation Rec(2005)5 of the Committee of Ministers to Member States on the Rights of Children Living in Residential Institutions. Recuperado a partir de <http://www.refworld.org/docid/43f5c53d4.html>
- Daining, C., & DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29(9), 1158–1178. <https://doi.org/10.1016/j.child-youth.2007.04.006>
- Daniel, B. (2003). The Value of Resilience as a Concept for Practice in Residential Settings. ResearchGate. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/264878107_The_Value_of_Resilience_as_a_Concept_for_Practice_in_Residential_Settings
- Daniel, B. (2008). The Concept of Resilience: Messages for Residential Child Care. In Andrew Kendrick (Ed.), *Residential Child Care, Prospects and Challenges* (Jessica Kingsley Publishers).
- Daniel, B., & Wassell, S. (2002). *Adolescence: Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children 3*. Jessica Kingsley Publishers.
- Davidson, J., Wilkinson, C., Docherty, B., & Anderson, M. (2009). Higher Aspirations, Brighter Futures : National Residential Child Care Initiative Workforce Report (Report). Scottish Institute for Residential Child Care. Recuperado a partir de <http://strathprints.strath.ac.uk/41518/>
- De Iruarrizaga, Francisca. (2016). Rediseñando el sistema de protección a la infancia en Chile. Entender el problema para proponer modelos de cuidado alternativos y ayudar a la reunificación familiar - Centro de Estudios Públicos. *Estudios Públicos*, N° 141, 2016, 7–57.
- De Miguel, E., & García, M. E. (2010). Programa de Acogimiento Residencial en Castilla-La Mancha. Manual de Procedimiento y Protocolos de Actuación. Recuperado a partir de <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=3&-subs=123&cod=859&page>

- De Swart, J. J. W., Van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H., Holsbrink-Engels, G. A., & Van der Helm, G. H. P. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1818–1824. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.015>
- Del Valle, J. F., Bravo Arteaga, A., Martínez Hernández, M., & Santos González, I. (2012). Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAR-E. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado a partir de <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4072&-tipo=documento>
- Delegates of the FICE-International. (1986, agosto). The Malmo Declaration. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0208-malmo.html>
- Denning, P y Little, J. (2012). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions*. New York: The Guildford Press.
- DePanfilis, D., & Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995–1008. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.017>
- DePanfilis, D., Freeman, P. A. C., & Reiman, S. (2012). Using Quantitative and Qualitative Methods to Explore Barriers to Permanency for Children Who Entered Care Because They Were Unsafe At Home. En ResearchGate. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/268158127_Using_Quantitative_and_Qualitative_Methods_to_Explore_Barriers_to_Permanency_for_Children_Who_Entered_Care_Because_They_Were_Unsafe_At_Home
- Departamento de Protección de Derechos. (2013). *Protocolos a aplicar en los centros residenciales de la red de colaboradores servicios nacional de menores*. Servicio Nacional de Menores.
- Department for Child Protection and Family Support. (2011). *Residential Care Practice Manual: Residential Group Homes*. Recuperado a partir de <https://www.dcp.wa.gov.au/Organisation/Documents/ResidentialCarePracticeManual.pdf>

- Department for Children, Schools and Families (2007). Determining the optimum supply of children's residential care. Recuperado a partir de <http://dera.ioe.ac.uk/6737/1/DCSF-RW023.pdf>
- Department for Education. (2011). Evaluation of the Right2BCared4 pilots: final and interim reports. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <https://www.gov.uk/government/publications/evaluation-of-the-right2bcared4-pilots-final-report>
- Department for Education. (2012). Understanding the market for secure children's homes: summary report - GOV.UK. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <https://www.gov.uk/government/publications/understanding-the-market-for-secure-childrens-homes-summary-report>
- Department for Education. (2014). Children's Homes Regulations Amendments. Recuperado 24 de julio de 2017, a partir de <https://www.gov.uk/government/publications/childrens-homes-regulations-amendments-2014>
- Department for Education. (2015a). Children looked after in England, including adoption: national tables (XLSX). Department for Education. Recuperado a partir de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/512094/SFR34_2015_National_Tables.xlsx
- Department for Education. (2015b). Guide to the Children's Homes Regulations including the quality standards. Recuperado 24 de julio de 2017, a partir de <https://www.basw.co.uk/resource/?id=3878>
- Department for Social Welfare Standards. (2009). National Standards for Out of Home Child Care. Recuperado a partir de https://tfal.org.mt/en/professionals/PublishingImages/Pages/Tools/national_standards_out-of-home_care.pdf
- Department of Communities (Child Safety Services) in partnership with PeakCare Queensland. (2010). A Contemporary Model of Residential Care for Children and Young People in Care [Document]. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <https://www.findandconnect.gov.au/ref/qld/bib/QP0000581.htm>
- Department of Communities Child Safety Services y PeakCare Queensland. (2010). A contemporary model of residential care for children and young people in care.

- Department of Education. (2011). Children's Homes: National Minimum Standards. Recuperado a partir de <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130404002225/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/NMS%20Children's%20Homes.pdf>
- Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs Together with the National Framework Implementation Working Group. (2010). National Standards for Out of Home Care. Recuperado a partir de https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/facs_37724_out_home_care.pdf
- Department of Health, Department for Education, & Employment Home Office. (2000). Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. Retrieved from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123203811/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256
- Department of Health. (2003). Pathway Plan v.1. Recuperado a partir de http://www.writeenough.org.uk/format_ics_pathway_plan.pdf
- Diputación Foral de Bizkaia. (2005). Intervención en situaciones de desprotección infantil. Recuperado a partir de <http://www.bizkaia.eus/Home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/MANUAL.pdf>
- Docherty, C., Kendrick, A., Sloan, P., & Lerpiniere, J. (2006). Designing with Care - Interior Design and Residential Child Care Final Report (Report). Scottish Institute for Residential Child Care. Recuperado a partir de <https://www.celcis.org/knowledge-bank/search-bank/designing-care-interior-design-and-residential-child-care-2006/>
- Doncel & Unicef. (2015). Llaves para la autonomía. Acompañamiento de adolescentes desde el sistema de protección hacia la vida adulta. Guía para los participantes. Recuperado a partir de https://www.unicef.org/argentina/spanish/PROTECCION_2015_guia_llaves_autonomia.pdf
- Doyle, J. (2013). Causal effects of foster care: An instrumental-variables approach. *Children and Youth Services Review*, 35(7), 1143–1151. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.014>
- Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child & Family Social Work*, 14(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00620.x>

- Eichsteller, G., & Holthoff, S. (2012). The Art of Being a Social Pedagogue: Developing Cultural Change in Children's Homes in Essex. *International Journal of Social Pedagogy*, 1(1). Recuperado a partir de <http://www.internationaljournalofsocialpedagogy.com/index.php?journal=ijsp&page=article&op=view&path%5B%5D=2>
- Eilertson, C. (2002). When foster care ends: for teens who grew up in foster care, starting life on their own is a jarring, sometimes frightening change. What are states doing to support their transition to adulthood? Recuperado 15 de marzo de 2017, a partir de <https://www.thefreelibrary.com/When+foster+care+ends%3A+for+teens+who+grew+up+in+foster+care,+starting...-a091470064>
- Elsley, S. (2013). Developing a National Mentoring Scheme for Looked After Children. Recuperado a partir de <https://www.celcis.org/knowledge-bank/search-bank/developing-national-mentoring-scheme-looked-after-children/>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. John Wiley & Sons.
- Evidence-Based Programs and Practices - What Works in Criminal Justice - CrimeSolutions.gov. (s. f.). Recuperado 16 de agosto de 2017, a partir de <https://www.crimesolutions.gov/>
- Expert Participation. (1989). Children Act 1989 [Text]. Recuperado 20 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents>
- Expert Participation. (1995). Children (Scotland) Act 1995 [Text]. Recuperado 20 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/36/contents>
- Expert Participation. (2011). Children's Hearings (Scotland) Act 2011 [Text]. Recuperado 20 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/asp/2011/1/contents>
- Family Services and Housing, Manitoba. (2009). *Child Care Facilities and Licensing Manual*. Recuperado a partir de https://www.gov.mb.ca/fs/cfsmanual/pubs/cclm/full_cclm.pdf
- Family-Like Environment Better for Troubled Children and Teens. (s. f.). Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <http://www.apa.org/research/action/family.aspx>
- Farmer, E., & Pollock, S. (2003). Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. *Child & Family Social Work*, 8(2), 101–112. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.00271.x>

- Farrier, S., & Bizas, N. (2015). The Standard for Residential Child Care in Scotland 2015. Scottish Social Services Council. Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/2314/4682/0387/2015_Standard_for_Residential_Child_Care.pdf
- Feilberg, F. (2006). Teaching lifespace working by using the lifespace in teaching. *Scottish Journal of Residential Child Care*.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Felitti, Vincent J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131–132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Fiene, R. (2015, noviembre 23). 13 Indicators of Quality Child Care: Research Update. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <https://aspe.hhs.gov/basic-report/13-indicators-quality-child-care-research-update>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2011). Polyvictimization in Developmental Context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 291–300. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.610432>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., ... Kahan, J. P. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Product Page]. Retrieved August 17, 2017, from https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
- Florida Institute for Child Welfare. (2013). Improving the Quality of Residential Group Care: A Review of Current Trends, Empirical Evidence, and Recommendations. Recuperado a partir de <https://csw.fsu.edu/sites/g/files/upcbnu1131/files/documents/Residential-Group-Care.pdf>
- Fong, K. (2017). Child welfare involvement and contexts of poverty: The role of parental adversities, social networks, and social services. *Children and Youth Services Review*, 72, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.10.011>
- Forés, A., y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial.

- Francis, J. (2007). Could Do Better! Supporting the Education of Looked after Children. En A. Kendrick (Ed.), Residential Child Care: Prospects and Challenges. Jessica Kingsley Publishers. Recuperado a partir de [http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/could-do-better-supporting-the-education-of-looked-after-children\(ddb4e9d1-d92e-4bed-bcc2-2284c8125374\).html](http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/could-do-better-supporting-the-education-of-looked-after-children(ddb4e9d1-d92e-4bed-bcc2-2284c8125374).html)
- Fukuyama, F. (1996). Confianza. Editorial Atlántida.
- Fulcher, L. (2001). Differential Assessment of Residential Group Care for Children and Young People. *The British Journal of Social Work*, 31(3), 417–435. <https://doi.org/10.1093/bjsw/31.3.417>
- Functional Family Therapy (FFT) juvenile diversion program | Detailed Evaluation Abstract | Blueprints Programs. (s. f.). Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <http://www.blueprintsprograms.com/evaluation-abstract/functional-family-therapy-fft>
- Fundación Hogar de Cristo (1997) Evaluación Egresos Hogares Familiares 1994-1997.
- Furnivall, J., & Grant, E. (2014). Trauma sensitive practice with children in care, Insights: evidence summaries to support social services in Scotland. Institute for research and innovation in social services. Recuperado a partir de <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-27.pdf>
- Furnivall, J., McKenna, M., McFarlane, S., & Grant, E. (2012). Attachment Matters for All - An Attachment Mapping Exercise for Children's Services in Scotland (Report). CELCIS. Recuperado a partir de <http://www.celcis.org/media/resources/publications/Attachment-Matters-For-All.pdf>
- Gale, C. (2015). Research methodology applied to a comparative case study of the deinstitutionalisation of children in Bulgaria and Ukraine. *Scottish Journal of Residential Child Care*, Vol.14(3). Recuperado a partir de <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Research%20methodology%20applied%20to%20a%20comparative%20case%20study%20of%20the%20deinstitutionalisation%20of%20children%20in%20Bulgaria%20and%20Ukraine.pdf>
- Garbarino, J. (1999). Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. New York: The Free Press.

- Garcia, A. R., Circo, E., DeNard, C., & Hernandez, N. (2015). Barriers and facilitators to delivering effective mental health practice strategies for youth and families served by the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 52, 110–122. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.008>
- García, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2014). “In the name of the children”: Public policies for children in out-of-home care in Chile. Historical review, present situation and future challenges. *Children and Youth Services Review*, 44, 422–430. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.009>
- García, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature. *Child & Youth Care Forum*, 45(4), 625–653. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9342-x>
- García, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016b). “Getting involved”: A thematic analysis of caregivers’ perspectives in Chilean residential children’s homes. *Journal of Social and Personal Relationships*, 0265407516637838. <https://doi.org/10.1177/0265407516637838>
- Garfat, T., Fulcher, L., y Digney, J. (2013). *Making Moments Meaningful in Child and Youth Care Practice*. Cape Town: CYC-Net Press.
- Garfat, Thomas (Ed.). (2004). *A Child and Youth Care Approach to Working with Families* (1 edition). New York: Routledge.
- Geenen, S., & Powers, L. E. (2007). “Tomorrow is another problem.” *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1085–1101. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.04.008>
- Geenen, S., & Powers, L. E. (2007). “Tomorrow is another problem”: The experiences of youth in foster care during their transition into adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1085–1101. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.04.008>
- Geurts, E. M. W., Boddy, J., Noom, M. J., & Knorth, E. J. (2012). Family-centred residential care: the new reality? *Child & Family Social Work*, 17(2), 170–179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00838.x>
- Geurts, E. M. W., Noom, M. J., & Knorth, E. J. (2011). Parental involvement in residential child care: Helping parents to provide a secure base. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 10(1), 18–27.

- Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza Editorial.
- Gilbert, N., Parton, N., & Skivenes, M. (2011). *Child Protection Systems: International Trends and Orientations*. Oxford University Press, USA.
- Glisson, C., Dukes, D., & Green, P. (2006). The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate, and culture in children's service systems. *Child Abuse & Neglect*, 30(8), 855-880; discussion 849-854. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.12.010>
- Gobierno de Navarra. (2003). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra*.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1st edition). New York, NY: Anchor Books / Doubleday.
- Gomez, R. J., Ryan, T. N., Norton, C. L., Jones, C., & Galán-Cisneros, P. (2015). Perceptions of Learned Helplessness Among Emerging Adults Aging Out of Foster Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(6), 507-516. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0389-1>
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Valle, J. F. D. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>
- Government of Ireland, & Department of health and children. (2006). *National Standards for Children's Residential Centres*. The stationary Office. Recuperado a partir de https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-02/Standards_children_crc_DOHC.pdf
- Government of Western Australia Department for Child Protection and Family Support. (2016). *Building a Better Future: Out-of-Home Care Reform in Western Australia*. Recuperado a partir de <https://www.dcp.wa.gov.au/ChildrenInCare/Documents/Building%20a%20Better%20Future.pdf>
- Government of Western Australia Department of Child Protection. (2011). *Residential Child Care Practice Manual: Residential group homes*. Recuperado a partir de <https://www.dcp.wa.gov.au/Organisation/Documents/ResidentialCarePracticeManual.pdf>

- Grietens, H. (2014). A European perspective on the context for social pedagogy in therapeutic residential care. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Grunwald, K., & Thiersch, H. (2009). The concept of the “lifeworld orientation” for social work and social care. *Journal of Social Work Practice*, 23(2), 131–146. <https://doi.org/10.1080/02650530902923643>
- Grupo de Investigación en Familia e Infancia. (2008). *Manual Cantabria : modelo de intervención en acogimiento residencial*. Gobierno de Cantabria, Dirección General de Políticas Sociales,. Recuperado a partir de [http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/05.Manual%20Cantabria%20\(ACOG.RESIDENCIAL\)_abr2008.pdf](http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/05.Manual%20Cantabria%20(ACOG.RESIDENCIAL)_abr2008.pdf)
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 63–81. <https://doi.org/10.1080/00313830500372059>
- Gunderson, JG. (1978). Defining the therapeutic processes un psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41 (4): 327-335.
- Hagaman, J. L., Trout, A. L., Chmelka, M. B., Thompson, R. W., & Reid, R. (2010). Risk Profiles of Children Entering Residential Care: A Cluster Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 19(4), 525–535. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9325-3>
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for Children and Adolescents After Residential Treatment: A Review of Research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551–575. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-7188-9>
- Hannah, S. (2015). Then and Now: How time has changed the experience of leadership in residential child care. A personal and professional journey. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://citeweb.info/20151129999>
- Hannon, C., Wood, C., & Bazalgette, L. (2010). In *Loco Parentis*: “To deliver the Best for Looked After Children, the State must be a Confident Parent...” Recuperado a partir de https://www.demos.co.uk/files/In_Loco_Parentis_-_web.pdf?1277484312

- Hansen, P., & Ainsworth, F. (2009). The “best interests of the child” thesis: some thoughts from Australia. *International Journal of Social Welfare*, 18(4), 431–439. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2009.00673.x>
- Harder, A., & Lee, B. R. (2015). Uncovering What is Inside the “Black Box” of Effective Therapeutic Residential Care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care For Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hardera, A. T., Zeller, M., López, M., Köngeter, S., & Knorth, E. J. (2013). Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 203–213. <https://doi.org/10.5093/in2013a24>
- Havlicek, J. (2011). Lives in motion: A review of former foster youth in the context of their experiences in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1090–1100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.02.007>
- Hawthorn, M. (2006). Historic abuse in residential care: Sharing good practice. In *Residence*, 4, 1–4.
- Health Information and Quality Authority. (2015). National Standards for Special Care Units. Recuperado a partir de https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/National-Standards_Special-Care-Units-2015.pdf
- Health, Social Services and Public Safety. (2014). Health, Social Services and Public Safety, Minimum Standards for Children’s Homes, 2014. Recuperado a partir de https://rqia.org.uk/RQIA/media/RQIA/Resources/Standards/Children_Homes_Standards-April-2014.pdf
- Hiles, D., Moss, D., Thorne, L., Wright, J., & Dallos, R. (2014). “So what am I?” — Multiple perspectives on young people’s experience of leaving care. *Children and Youth Services Review*, 41, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.007>
- Hill, L., & Gentleman, N. (2015). The Importance of Champions: Developing National Guidance for the External Management of Residential Child Care Establishments in Scotland. *Scottish Journal of Residential Child Care*, Vol.14 (No.2). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/5114/4258/6373/2015_Vol_14_2_Hill_and_Gentleman_The_Importance_of_Champions.pdf

- Hill, Malcolm, Stafford, A., Seaman, P., Ross, N., & Daniel, B. (2007). *Parenting and Resilience*. Joseph Rowntree Foundation.
- Hill, Malcolm. (2009). *Higher Aspirations, Brighter Futures: NRCCI Matching Resources to Needs Report*. Glasgow: SIRCC.
- Hill, Mark, & Co-editor, T. G. (2004). Moving to Youth Care Family Work in Residential Programs. *Child & Youth Services*, 25(1–2), 211–223. https://doi.org/10.1300/J024v25n01_13
- Höjer, I., & Sjöblom, Y. (2010). Young people leaving care in Sweden. *Child & Family Social Work*, 15(1), 118–127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00661.x>
- Holden, M. J. (2009). *Children and Residential Experiences: Creating Conditions for Change*. Residential Child Care Project, Cornell University.
- Holden, M. J., Izzo, C., Nunno, M., Smith, E. G., Endres, T., Holden, J. C., & Kuhn, F. (2010). Children and residential experiences: A comprehensive strategy for implementing a research-informed program model for residential care. *Child Welfare*, 89(2), 131–149.
- Holden, M., Anglin, J., Nunno, M., y Izzo, C. (2015). Engaging the total therapeutic residential care program in a process of quality improvement: Learning from the CARE model. En J. Whittaker, J. del Valle, y L. Holmes, *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence Based International Practice* (pág. 303). Jessica Kingsley.
- Holt, S., & Kirwan, G. (2012). The “Key” to Successful Transitions for Young People Leaving Residential Child Care: The Role of the Keyworker. *Child Care in Practice*, 18(4), 371–392. <https://doi.org/10.1080/13575279.2012.713853>
- Hooper, J. (2012). *What children need to be happy, confident and successful: step by step positive psychology to help children flourish*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hopenhayn, M. (2007) *Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración*. En Ana Sojo y Andras Uthoff (editores): *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago: Cepal.
- Houston, S. (2010). Building resilience in a children’s home: results from an action research project. *Child & Family Social Work*, 15(3), 357–368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00684.x>

- Houston, S. (2011). Resilience Model: Using Action Research to Enhance Resilience in a Children's Home: An Exploration of Need, Experience and Role. *Child Care in Practice*, 115-129.
- Houston, S. (2011). Using Action Research to Enhance Resilience in a Children's Home: An Exploration of Need, Experience and Role. *Child Care in Practice*, 17(2), 115–129. <https://doi.org/10.1080/13575279.2010.541425>
- Hughes, D., Golding, K. S., & Hudson, J. (2015). Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): the development of the theory, practice and research base. *Adoption & Fostering*, 39(4), 356–365. <https://doi.org/10.1177/0308575915610943>
- Huntsman, L. (2008, abril). Determinants of quality child care: A review of the research evidence. Recuperado a partir de http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/321617/research_qualitychildcare.pdf
- Hussein, T., & Cameron, C. (2014). Lighthouse Foundation Therapeutic Family Model of Care: Stages of Recovery and their Application to Young People in Out-of-home Care. *Children Australia*, 39(4), 237–242. <https://doi.org/10.1017/cha.2014.35>
- Hussey, D. L., & Guo, S. (2002). Profile Characteristics and Behavioral Change Trajectories of Young Residential Children. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 401–410. <https://doi.org/10.1023/A:1020927223517>
- Hyde, J., & Kammerer, N. (2009). Adolescents' perspectives on placement moves and congregate settings: Complex and cumulative instabilities in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.child-youth.2008.07.019>
- Iglehart, A. P., & Becerra, R. M. (2002). Hispanic and African American Youth: Life after Foster Care Emancipation. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 11, 79–107.
- Information analysis directorate. (2015, octubre 15). Children's social care statistics Northern Ireland 2014/15. Health, Social Services and Public Safety. Recuperado a partir de http://dera.ioe.ac.uk/24551/2/child-social-care-14-15_Redacted.pdf
- Institute for Family Development. (s. f.). Programs for Intensive Family Preservation and Intensive Family Reunification. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de http://www.institutefamily.org/programs_IFPS.asp

- Jakobsen, T. B. (2013). Anti-social youth? Disruptions in care and the role of “behavioral problems.” *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1455–1462. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2013.05.012>
- James, S. (2011). What works in group care? — A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review*, 33(2), 308–321. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2010.09.014>
- James, S., Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Slymen, D. J., Landsverk, J., Davis, I., ... Zhang, J. (2006). Children in Out-of-Home Care: Entry Into Intensive or Restrictive Mental Health and Residential Care Placements. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(4), 196–208. <https://doi.org/10.1177/10634266060140040301>
- James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2012). Characteristics and Behavioral Outcomes for Youth in Group Care and Family-Based Care: A Propensity Score Matching Approach Using National Data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3). <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>
- Jones, A., & Waul, D. (2005). Residential care for black children. En D. Crimmens & I. Milligan (Eds.), *Facing forward: residential child care in the 21st century*. Lyme Regis: Russell House Publishing. Recuperado a partir de http://www.russellhouse.co.uk/?state=display_family&familyid=133&item=133&filternames=&supplier_name=&filter_definitions=&session=
- Jones, L. (2011). The first three years after foster care: A longitudinal look at the adaptation of 16 youth to emerging adulthood. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1919–1929. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2011.05.018>
- Jordan, N., Leon, S. C., Epstein, R. A., Durkin, E., Helgeson, J., & Lakin-Starr, B. L. (2009). Effect of Organizational Climate on Youth Outcomes in Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(3), 194–208. <https://doi.org/10.1080/08865710903130277>
- Kaunitz, C., Andershed, A.-K., Brannstrom, L., Nystrom, M., & Smedslund, G. (2011). Aggression Replacement Training (ART) for reducing antisocial behaviour in adolescents and adults. Recuperado a partir de <http://campbellcollaboration.org/lib/project/113/>

- Kendrick, A. (2008a). Black and minority ethnic children and young people in residential care. Recuperado a partir de [https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/black-and-minority-ethnic-children-and-young-people-in-residential-care\(b-be58ea8-8d7d-421c-803a-fe4fdb66bb31\)/export.html](https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/black-and-minority-ethnic-children-and-young-people-in-residential-care(b-be58ea8-8d7d-421c-803a-fe4fdb66bb31)/export.html)
- Kendrick, A. (2008b). *Residential Child Care: Prospects and Challenges*. Jessica Kingsley Publishers.
- Kendrick, A., & Beinum, M. V. (Eds.). (2008). *Mental Health and Children and Young People in Residential Care*. En *Residential Child Care: Prospects and Challenges* (pp. 47–59). Jessica Kingsley Publishers.
- Kendrick, A., Steckley, L., & McPheat, G. A. (2011). Residential child care: learning from international comparisons. En R. Taylor, M. Hill, & F. McNeill (Eds.), *Early Professional Development for Social Workers* (pp. 81–87). Birmingham: British Association of Social Workers. Recuperado a partir de <http://strathprints.strath.ac.uk/28808/>
- Kennard, D. (1998). *An Introduction to Therapeutic Communities*. Jessica Kingsley.
- Kerns, S. E. U., Pullmann, M. D., Putnam, B., Buher, A., Holland, S., Berliner, L., ... Trupin, E. W. (2014). Child welfare and mental health: Facilitators of and barriers to connecting children and youths in out-of-home care with effective mental health treatment. *Children and Youth Services Review*, 46, 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.09.013>
- Key-Worker Guidance. (s. f.). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de http://www.proceduresonline.com/caldecott/chomes/chapters/p_keyworker.html
- Khantzian, E. J. (1974). Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 59–70.
- Khantzian, Edward J. (2007). *Treating Addiction as a Human Process*. Jason Aronson.
- Kinniburgh, K. J., Blaustein, M., & Spinazzola, J. (2005). Attachment, Self-Regulation, and Competency. *Psychiatric Annals*, 35(5). Recuperado a partir de <http://ngolearning.com.au/files/face2face-courses/CP-dynamics/AttachmentSelf%20Regulationand-Competency.pdf>

- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., & Kendrick, A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 123–140. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.09.001>
- La Barca, & UNICEF. (2014). Autonomía anticipada. Tramas y trampas del egreso de adolescentes institucionalizados por protección. Recuperado a partir de http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=101
- Lawson, J. (2016). The Enduring Intervention: Predictors of Placement into Congregate Care Among Older Children and Adolescents in Non-Relative Foster Care. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <https://sswr.confex.com/sswr/2016/webprogram/Paper26934.html>
- Lee, B. R., & Barth, R. P. (2011). Defining Group Care Programs: An Index of Reporting Standards. *Child & Youth Care Forum, 40*(4), 253–266. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9143-9>
- Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review, 30*(7), 746–757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.002>
- Lee, B. R., Bright, C. L., Svoboda, D. V., Fakunmoju, S., & Barth, R. P. (2011). Outcomes of Group Care for Youth: A Review of Comparative Studies. *Research on Social Work Practice, 21*(2), 177–189. <https://doi.org/10.1177/10497315110386243>
- Lee, B. R., Hwang, J., Socha, K., Pau, T., & Shaw, T. V. (2013). Going Home Again: Transitioning Youth to Families After Group Care Placement. *Journal of Child and Family Studies, 22*(4), 447–459. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9596-y>
- Leeman, L. W., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior, 19*(4), 281–292. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1993\)19:4<281::AID-AB2480190404>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1993)19:4<281::AID-AB2480190404>3.0.CO;2-W)
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H., & Scholte, E. (2016). Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. *Journal of Child and Family Studies, 25*(8), 2357–2371. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0418-5>

- Lemon, K., Hines, A. M., & Merdinger, J. (2005). From foster care to young adulthood: The role of independent living programs in supporting successful transitions. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 251–270. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.09.005>
- Lerner, R. M. (2009). The positive youth development perspective: theoretical and empirical bases of a strengths-based approach to adolescent development. En S. J. Lopez, y C. R. Snyder, *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Leslie, C., & Mohammed, A. (2015). Inclusion of looked after children in education. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 14(1). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/2314/3410/6448/2015_Vol_14_1_Leslie_Mohammed_Inclusion_of_Looked.pdf
- Lewandowski, C. A., & Pierce, L. (2004). Does family-centered out-of-home care work? Comparison of a family-centered approach and traditional care. *Social Work Research*, 28(3), 143–151. <https://doi.org/10.1093/swr/28.3.143>
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Lieberman, A. F., & Knorr, K. K. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric Annals*, 37(6), 416–422.
- Life Changes Trust. (s. f.). £2 million funding to champion Scotland's care experienced young people | Life Changes Trust. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <http://www.lifechangestrust.org.uk/news/%C2%A32-million-funding-champion-scotland%E2%80%99s-care-experienced-young-people>
- Linley, A. (2008). Average to A+ realising strengths in yourself and others. *Average to A+ realising strengths in yourself and others*.
- Lino, A. M., Nobre-Lima, L., & Mónico, L. S. (2016). The moderating role of length of stay in the relationship between cognitive dysregulation and peer attachment in adolescent boys and girls living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 71, 290–298. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.018>
- Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Anagrama.

- Lister, R. (2004). *Poverty*. Cambridge: Blackwell / Polity Press.
- Livingstone, B. (2010). Inspecting for positive outcomes. *Scottish Journal of Residential Child Care*, Vol.9 (No.1). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/6814/5881/4087/6._Livingstone_-_Inspecting_for_positive_outcomes.pdf
- López, M. L., Valle, J. F. del, Boada, C. M., & Arteaga, A. B. (2010). Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial. Ministerio de sanidad y política pública. Recuperado a partir de <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/ninosQueEsperan.pdf>
- Luengo, J. A. L. (2008). Menores y exclusión social: cuando estar fuera se convierte en cotidiano (De la pobreza y marginalidad, el fracaso escolar y el acceso a bandas juveniles). *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (75), 95–116.
- Macdonald, G., & Millen, S. (2012). Therapeutic approaches to social work in residential child care settings: Literature review. Queen's University Belfast. Recuperado a partir de <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report58/files/literaturereview.pdf?res=true>
- Maclean, Kirstie. (n.d.). Resilience: What it is and how children and young people can be helped to develop it. *Online Journal of The International Child and Youth Care Network (CYC-Net)*, (Issue 62). Retrieved from <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cyc-col-0304-resilience.html>
- Magellan Health Inc. (2016, septiembre 30). *Medical Necessity Criteria Guidelines*. Recuperado a partir de <https://www.magellanprovider.com/media/1771/mnc.pdf>
- Maier, H. (1991). An exploration of the substance of child and youth care practice. *Child y Youth Care Forum*, 393-411.
- Maier, H. W. (1979). The core of care: Essential ingredients for the development of children at home and away from home. *Child Care Quarterly*, 8(3), 161–173. <https://doi.org/10.1007/BF01554603>
- Maier, H. W. (1991). An exploration of the substance of child and youth care practice. *Child and Youth Care Forum*, 20(6), 393–411. <https://doi.org/10.1007/BF00757498>
- Marcenko, M. O., Lyons, S. J., & Courtney, M. (2011). Mothers' experiences, resources and needs: The context for reunification. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 431–438. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.06.020>

- Marrone, M. (2014). *Attachment and Interaction: From Bowlby to Current Clinical Theory and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Martín, E. (2011). Apoyo social percibido en niños y adolescentes en acogimiento residencial. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(1), 107–120.
- Martín, E., & Bustillo, M. del C. M. de. (2009). School adjustment of children in residential care: a multi-source analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 462–470.
- Martín, E., Bustillo, M. del C. M. de, Rodríguez, T., & Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: la integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 20(3). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=72720306>
- Martínez, V. (2010). Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes, atendidos por los centros residenciales de Sename. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Santiago, Chile. Retrieved from http://www.sename.cl/wsename/otros/INFORME%20FINAL_SENAME_UNICEF.pdf
- Martinez-Roman, M.-A. (1997). Pobreza y exclusión social como formas de violencia estructural: la lucha contra la pobreza y la exclusión social es la lucha por la paz. <https://doi.org/10.14198/ALTERN1997.5.2>
- Masten, A., K. B., y N. G. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 425-444.
- Mattingly, M. A., Stuart, C., & VanderVen, K. (2010). Competencies for Professional Child and Youth Work Practitioners. Association for Child and Youth Practice and Child and Youth Care Certification Board. Recuperado a partir de [http://www.cyc-net.org/pdf/2010_Competencies_for_Professional_CYW_Practitioners%20\(1\).pdf](http://www.cyc-net.org/pdf/2010_Competencies_for_Professional_CYW_Practitioners%20(1).pdf)
- McCall, R. B. (2013). Review: The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? – should they? *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 193–201. <https://doi.org/10.1111/camh.12025>

- McCall, R. B., Groark, C. J., Fish, L., Harkins, D., Serrano, G., & Gordon, K. (2010). A socioemotional intervention in a Latin American orphanage. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 521–542. <https://doi.org/10.1002/imhj.20270>
- McCollam, A. (2009). With mental health and wellbeing in mind. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 8(2). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/5614/3877/4537/SJRCC82_Mental_health_and_wellbeing.pdf
- McCoy, H., McMillen, J. C., & Spitznagel, E. L. (2008). Older youth leaving the foster care system: Who, what, when, where, and why? *Children and Youth Services Review*, 30(7), 735–745. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.003>
- McCurdy, B. L., & McIntyre, E. K. (2004). “And what about residential...?” Re-conceptualizing residential treatment as a stop-gap service for youth with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Interventions*, 19(3), 137–158. <https://doi.org/10.1002/bin.151>
- McElvaney, R., & Tatlow-Golden, M. (2016). A traumatised and traumatising system: Professionals’ experiences in meeting the mental health needs of young people in the care and youth justice systems in Ireland. *Children and Youth Services Review*, 65, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.03.017>
- McGhee, J. (2015). Forty-four years on – Reflections on the Scottish Children’s Hearings System. International Conference: Child Protection and the Law. Recuperado a partir de <https://www.child-lawproject.ie/wp-content/uploads/2015/04/international-conference-janice-mcghee.pdf>
- McGhee, K., & Lerpiniere, J. (2014). Sharing Practice to Improve Outcomes for Care Leavers: Evaluation Report on an Inter-Authority Learning Exchange. CELCIS. Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/5514/3878/4782/Evaluation_Report_on_an_Inter-Authority_Learning_Exchange.pdf
- McKellar, A., & Kendrick, A. (2013). Key working and the quality of relationships in secure accommodation. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 12(1), 46–57.
- McLean, S. (2016). Report on Secure Care Models for Young People at Risk of Harm. Australia Centre for Child Protection. Recuperado a partir de https://www.agd.sa.gov.au/sites/g/files/net2876/f/report_on_secure_care_models_for_young_people_at_risk_of_harm.pdf?v=1491456552

- McLean, S., Price-Robertson, R., & Robinson, E. (2011). Therapeutic residential care in Australia: Taking stock and looking forward [Text]. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <https://aifs.gov.au/cfca/publications/therapeutic-residential-care-australia-taking-stock-and-looking-forward>
- Mechanic, D. (1993). Social research in health and the American sociopolitical context: the changing fortunes of medical sociology. *Social Science & Medicine* (1982), 36(2), 95–102.
- Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2004). The Mental Health of Young People Looked After by Local Authorities in Scotland. Social Survey Division of the Office for National Statistics.
- Mersky, J. P., & Janczewski, C. (2013). Adult well-being of foster care alumni: Comparisons to other child welfare recipients and a non-child welfare sample in a high-risk, urban setting. *Children and Youth Services Review*, 35(3), 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.11.016>
- Milligan, I. (2009). Higher Aspirations, Brighter Futures: NRCCI commissioning report. Glasgow: SIRCC/University of Strathclyde. Recuperado a partir de [https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/higher-aspirations-brighter-futures-nrcci-commissioning-report-glasgow-sirccuniversity-of-strathclyde\(ad-c511b9-3cbb-426a-8e3e-e61cd1fad48\)/export.html](https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/higher-aspirations-brighter-futures-nrcci-commissioning-report-glasgow-sirccuniversity-of-strathclyde(ad-c511b9-3cbb-426a-8e3e-e61cd1fad48)/export.html)
- Ministry of Gender and Equality and Child Welfare. (2009). Minimum Standards for Residential Child Care facilities. Recuperado a partir de <http://www.crin.org/en/docs/Namibia%20Res%20Care%20Standards.pdf>
- Mistral, W., & Evans, S. (2002). An Innovative Project for Young People in Care Who have been Sexually Abused. *The British Journal of Social Work*, 32(3), 321–333. <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.3.321>
- Monshouwer, K., Kepper, A., Eijnden, R. van den, Koning, I., & Vollebergh, W. (2015). Initiation of Substance Use by Adolescents After One Year in Residential Youth Care. *Child & Youth Care Forum*, 44(5), 597–611. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9294-6>
- Moodie, K. (2015). Secure Care in Scotland, a Scoping Study : Developing the Measurement of Outcomes and Sharing Good Practice (Report). Centre for Youth and Criminal Justice. Recuperado a partir de <http://strathprints.strath.ac.uk/61207/>

- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review*, 56, 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.017>
- MultiFunc. (s. f.). Recuperado 27 de julio de 2017, a partir de http://www.multifunc.org/html/english_.html
- Multisystemic Therapy for Juveniles | MST Services. (s. f.). Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <http://mstservices.com/>
- Muñoz-Guzmán, C., Fischer, C., Chia, E., & LaBrenz, C. (2015). Child Welfare in Chile: Learning from International Experiences to Improve Family Interventions. *Social sciences*, (4), 219–238.
- Murray, M., & Osborne, C. (2009). Safeguarding disabled children. The Children's Society. Recuperado a partir de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/190544/00374-2009DOM-EN.pdf
- Naciones Unidas. (2010, febrero 24). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Recuperado a partir de <https://www.unicef.org/spanish/videoaudio/PDFs/100407-UN-GA-Res-64-142.es.pdf>
- Nadesan, Varoshini. (2007). The impact of organizational culture in child and youth care agencies. *Online Journal of the International Child and Youth Care Network (CYC-Net)*, ISSUE 106 NOVEMBER 2007 (ISSN 1605-7406). Retrieved from <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0711-nadesan.html>
- Narey, S. M. (2016, julio 4). Children's residential care in England. Department for Education. Recuperado a partir de <https://www.gov.uk/government/publications/childrens-residential-care-in-england>
- Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 421–434. <https://doi.org/10.1080/10683160500255703>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010, octubre 19). Looked-after children and young people | Guidance and guidelines. Recuperado a partir de <https://www.nice.org.uk/guidance/ph28/resources/lookedafter-children-and-young-people-pdf-1996243726021>

- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Nesmith, A., & Christophersen, K. (2014). Smoothing the transition to adulthood: Creating ongoing supportive relationships among foster youth. *Children and Youth Services Review*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.11.028>
- New South Wales Government. (2011, junio). Early Intervention & Placement Prevention Funding program guidelines. Family & Community Services. Recuperado a partir de http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/320860/eipp_guidelines.pdf
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363–1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)
- NGO Working Group on Children without Parental Care. (2013). Identifying basic characteristics of formal alternative care settings for children. A discussion paper – March 2013. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7589/pdf/formal_care_settings_characteristics_march_2013_final1.pdf
- Nho, C. R., Woo, S., Kang, H., Chun, J., & Chung, I.-J. (2016). Does Size Matter? Comparing Medium-Term Cost-Effectiveness of Group Homes with Institutional Care in South Korea. *Asian Social Work and Policy Review*, 10(2), 248–263. <https://doi.org/10.1111/aswp.12094>
- Nielsen, H. S. (2010). Everyday life in focus in residential child care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, Vol.9(No. 1). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/6914/5881/4085/3._Neilson_-_Everyday_life_in_focus_in_residential_child_care.pdf
- North, J. (2013). *Mindful Therapeutic Care for Children: A Guide to Reflective Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 114. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0>

- Nunno, M. A., Holden, M. J., & Leidy, B. (2003). Evaluating and Monitoring the Impact of a Crisis Intervention System on a Residential Child Care Facility. *Children and Youth Services Review*, 25(4), 295–315. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(03\)00013-6](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00013-6)
- Nunno, M. A., Sellers, D. E., & Holden, M. J. (2014). Implications of translational research for the field of residential child care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 13(3). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/6614/3565/4556/2014_Vol_13_3_Nunno_Implications_for_Translational.pdf
- O’Neill, T. (2008). Gender Matters in residential child care. En A. Kendrick (Ed.), *Residential Child Care: Prospects and Challenges*. Jessica Kingsley Publishers.
- O’Sullivan, J., & Paget, S. (2009). *Service Standards for Therapeutic Communities for Children and Young People*.
- Observa (2014). Caracterización de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema de acogimiento alternativo. Retrieved from http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/documento_estudio_sename.pdf
- Observa, MIDE UC. (2013). Un diagnóstico del sistema de cuidados alternativos del Estado de Chile Niños, niñas y jóvenes privados de cuidado parental o en riesgo de estarlo.
- Office for Standards in Education (Ofsted). (2015). *Inspection of Children’s homes*.
- Office for Standards in Education (Ofsted). (2016, marzo). *Introduction to children’s homes: A children’s social care guide to registration*. Recuperado a partir de http://dera.ioe.ac.uk/25848/1/Introduction_to_childrens_homes.pdf
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (1989, noviembre 20). *Convention on the Rights of the Child*. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, ONU (2012). *Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos*. Ginebra, Suiza: Autor
- Okpych, N. J., & Courtney, M. E. (2014). Relationship between adult outcomes of young people making the transition to adulthood from out-of-home care and prior residential care. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.

- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, United Nations. Recuperada en 14 de Agosto, 2017 de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Osborn, A., & Bromfield, L. (2007, octubre). Young people leaving care. Australian Institute of Family Studies. Recuperado a partir de <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/rb7.pdf>
- Owen, L. (2000). "It has to be more than a job": A search for exceptional practice with troubled adolescents, Clark Robin, Policy & Practice Research Unit, Deakin Human Services, Deakin University, 2000. *Children Australia*, 25(4), 42–43. <https://doi.org/10.1017/S1035077200009962>
- Oyarzún, A., Dávila, O., Ghiardo, F., y Hatibovic, F. (2008). ¿Enfoque de derechos o enfoque de necesidades? Modelo de gestión para el desarrollo de un sistema local de protección de derechos de la infancia y adolescencia. Santiago: Departamento de Protección de Derechos del Servicio Nacional de Menores..
- Palareti, L., & Berti, C. (2009). Different ecological perspectives for evaluating residential care outcomes: Which window for the black box? *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1080–1085. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.07.011>
- Park, J. M. (2008). Entry into residential care by clinical and non-clinical characteristics among youth in state custody. Children and Family Research Center, University of Illinois. Recuperado a partir de https://cfrc.illinois.edu/pubs/rp_20080701_EntryIntoResidentialCareByClinicalAndNon-ClinicalCharacteristicsAmongYouthInStateCustody.pdf
- Patrick, D. L., Stein, J., Porta, M., Porter, C. Q., & Ricketts, T. C. (1988). Poverty, health services, and health status in rural America. *The Milbank Quarterly*, 66(1), 105–136.
- Pautassi, L. y Royo, L. (2012). Enfoque de derechos en las políticas de infancia: indicadores para su medición. Santiago: Naciones Unidas.
- Pechman, E. M., & Fiester, L. (1996). Creating Good Schools for Children in Poverty Through Title I Schoolwide Programs. *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)*, 1(2), 171–192. https://doi.org/10.1207/s15327671espr0102_6

- Pecora, P. J., Williams, J., Kessler, R. C., Downs, A. C., O'Brien, K., Hiripi, E., & Morello, S. (2003, noviembre 2). Assessing the Effects of Foster Care: Findings from the Casey National Alumni Study. Recuperado a partir de https://www.casey.org/media/AlumniStudy_US_Report_Full.pdf
- Pecora, P. J., Williams, J., Kessler, R. C., Hiripi, E., O'Brien, K., Emerson, J., ... Torres, D. (2006). Assessing the educational achievements of adults who were formerly placed in family foster care. *Child & Family Social Work*, 11(3), 220–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00429.x>
- Pecora, P., & English, D. (2016). Elements of Effective Practice for Children and Youth Served by Therapeutic Residential Care. Casey Family Programs www.casey.org
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 33–51, viii.
- Perry, B.D. (2006) The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children In: Working with Traumatized Youth in Child Welfare (Nancy Boyd Webb, Ed.), pp. 27-52, The Guilford Press, New York
- Petrie, P., Boddy, J., Cameron, C., Heptinstall, E., McQuail, S., Simon, A., & Wigfall, V. (2009). Pedagogy - a holistic, personal approach to work with children and young people, across services: European models for practice, training, education and qualification. Recuperado a partir de <http://eprints.ioe.ac.uk/58/>
- Petrie, P., Boddy, J., Cameron, C., Wigfall, V., & Simon, A. (2006). Working with children in care: European perspectives. Berkshire. Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/4314/3878/4141/SJRCC81_book_review1.pdf
- Phelan, J. (2007). Another look at activities. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cyc-col-0107-phelan.html>
- Pierson, J. H. (2009). Tackling Social Exclusion (2 edition). London: Routledge.

- Pinchover, S., Attar-Schwartz, S., & Matattov-Sekeles, H. (2015). Director's Leadership and Burnout among Residential Child Care Workers: Possible Implications for Practice. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 14(2). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/7014/4258/6375/2015_Vol_14_2_Pinchover_et_al_Directors_Leadership_And.pdf
- Pinto, G., Incarnato, M., & Miranda, A. (2012). Transición: del sistema de protección a la autonomía. DONCEL; UNICEF; FLACSO; Colegio Universitario de Ciencias Aplicadas de Oslo y Akershus. Recuperado a partir de https://www.unicef.org/argentina/spanish/Ponencias_14-10.pdf
- Premoli, S. (2015). The Role of Internal Managers of Children's Homes in a Time of Crisis and Change: A Social Pedagogic Perspective from Italy. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 14(2). Recuperado a partir de https://www.celcis.org/files/8114/4258/6375/2015_Vol_14_2_Premoli_The_Role_Of_Internal_Managers.pdf
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. *Prevention Science*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2006), Guía para la transversalidad de género en el PNUD Chile. Santiago.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). Estrategias de igualdad de género del PNUD 2014-2017. El futuro que queremos: derechos y empoderamiento. Nueva York: PNUD.
- Propp, J., Ortega, D., & NewHeart, F. (2003). Independence or Interdependence: Rethinking the Transition From Ward of the Court to Adulthood. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(2), 259–266. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.102>
- Prospects Care. (s. f.). Prospects Care - residential children's homes, education, foster care. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://prospectscare.co.uk/>
- Public Buildings Service. (2003, julio). Child Care Center Design Guide. Recuperado a partir de <https://www.gsa.gov/graphics/pbs/designguidesmall.pdf>
- Racco, A. (2009). What is strength-based child and youth care anyway? Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cyconline-sep2009-racca.html>

- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF). (2010.). Informe Latinoamericano: Situación de la niñez sin cuidado parental o en riesgo de perderlo en América Latina. Contextos, Causas y Respuestas. Retrieved from <http://www.relaf.org/Informe%20Latinoamericano.pdf>
- Redl, F., & Wineman, D. (1957). *The aggressive child*. Free Press.
- Re-ED. (s. f.). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.youthvillages.org/how-we-succeed/re-ed#sthash.oXVBgIbD.dpbs>
- Residential Child Care Project. (2010). *The Therapeutic Crisis Intervention System*. Course Bulletin. Recuperado a partir de http://rccp.cornell.edu/_assets/TCI_COURSE_BULLETIN_web.pdf
- Rice, G., Duncalf, Z., & Wilson, L. (2012). Case Study: Changing the interior design of a children's home to engender ownership and connectedness to the environment. Recuperado a partir de <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2016-07/iriss-childrens-home-case-study-2012-08-28.pdf>
- Ridge, T. (2009). Living with poverty: a review of the literature on children's and families' experiences of poverty. Retrieved from <http://dera.ioe.ac.uk/11015/1/rrep594.pdf>
- Ridge, T., & Saunders, P. (2009). Introduction: Themed section on Children's Perspectives on Poverty and Disadvantage in Rich and Developing Countries. *Social Policy and Society*, 8(4), 499–502. <https://doi.org/10.1017/S1474746409990078>
- Robison, M. V. L., & Buckwalter, K. D. (2005). Using dyadic developmental psychotherapy in a residential treatment. En D. Shell & Arthur Becker-Weidman (pp. 132–143). New York: Wood "N" Barnes.
- Rodríguez Gómez, R. (2006). La integración social y laboral de jóvenes que han estado tutelados y tuteladas por la Junta de Andalucía y han cumplido la mayoría de edad. La construcción de un proyecto de vida. ResearchGate. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/28127291_La_integracion_social_y_laboral_de_jovenes_que_han_estado_tutelados_y_tuteladas_por_la_Junta_de_Andalucia_y_han_cumplido_la_mayoria_de_edad_La_construccion_de_un_proyecto_de_vida
- Roesch-Marsh, A. (2014). Risk Assessment and Secure Accommodation Decision-Making in Scotland: Taking Account of Gender? *Child Abuse Review*, 23(3), 214–226. <https://doi.org/10.1002/car.2259>

- Røkenes, O. ., & Hansen, P. H. (2013). Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker, 2nd edn, Bergen: Fagbokforlaget. En J. Storø, Practical social pedagogy: Theories, Values and Tools for Working with Children and Young People. Bristol: The Policy Press.
- Rosenau, N. (2010). Precarious Pathways: Use of Residential Congregate Care by Children with Developmental Disabilities. Every-Child, Inc. Recuperado a partir de <http://everychildtexas.org/PDFs/Literature%20Review%20CC%202010.pdf>
- Sainero, A., Bravo, A., & Valle, J. F. del. (2014). Needs and Characteristics of High Resource Using Children and Youth. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), Therapeutic Residential Care For Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice. Jessica Kingsley Publishers.
- Sala-Roca, J., Arnau, L., Courtney, M. E., & Dworsky, A. (2016). Programas y Servicios para ayudar a los jóvenes extutelados en su proceso de transición a la vida adulta. Recuperado a partir de <https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2016/158016/2016projecto-chicagospa.pdf>
- Salleebey, D. (2006). The strengths perspective in social work practice. United States of America.
- Salvation Army. (2010). Salvation Army Children's Homes International Minimum Standards. The Salvation Army Headquarters. Recuperado a partir de [http://s3.amazonaws.com/cache.salvationarmy.org/3295aa51-50e1-4a9c-99a7-d3d4a913bd52_IHQ%20STANDARDS%20AND%20STRATEGY%20Salvation%20Army%20Children%27s%20homes%20International%20Minimum%20Standards%20\(2010\).pdf](http://s3.amazonaws.com/cache.salvationarmy.org/3295aa51-50e1-4a9c-99a7-d3d4a913bd52_IHQ%20STANDARDS%20AND%20STRATEGY%20Salvation%20Army%20Children%27s%20homes%20International%20Minimum%20Standards%20(2010).pdf)
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's working definition of trauma and principles and guidance for a trauma-informed approach [Draft]. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sanctuary Institute. (2012). The Sanctuary Institute Standards for Certification Second Edition. Recuperado a partir de <http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/2012%20Sanctuary%20certification%20standards.pdf>

- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioral and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *The Journal of Primary Prevention*, 29(3), 197–222. <https://doi.org/10.1007/s10935-008-0139-7>
- Sandomingo, J. M. S. (2009). Algunos modelos de programas de inserción sociolaboral de los jóvenes tutelados en España. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds*, (2), 39–61.
- Save the Children. (2002). Programación de los derechos del niño. Cómo aplicar un enfoque de derechos del niño en la programación. Estocolmo.
- Schechter, D. S. (2012). The Developmental Neuroscience of Emotional Neglect, Its Consequences, and the Psychosocial Interventions That Can Reverse Them. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 452–454. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020174>
- Schofield, G. (2003). Part of the Family: Pathways Through Foster Care. BAAF.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications.
- Scotland's Commissioner for Children and Young People. (2008). Sweet 16? the age of leaving care in Scotland. Recuperado a partir de http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Leaving_Care_Report_for_Web_20080325.pdf
- Scott, J., HarrietWard, & Hill, M. (2008). The Health of Looked-after Children in Residential Care. En A. Kendrick (Ed.), *Residential Child Care: Prospects and Challenges* (pp. 34–46). Jessica Kingsley Publishers.
- Scottish Government. (2013, octubre). Staying Put Scotland, Providing Care Leavers with Connectedness and Belonging. The Scottish Government. Recuperado a partir de <http://staf.scot/wp-content/uploads/2012/10/Staying-Put-Scotland.pdf>
- Secure Accommodation Network. (2005). Seeking and Maintaining a Placement In a Secure Children's Home (England and Wales) under Section 25 Children Act 1989. Recuperado a partir de <http://www.securechildrenshomes.org.uk/wp-content/uploads/WelfarePlacementGuidanceFINAL.pdf>

- Secure Accommodation Network. (2012). Getting Young Voices heard, Secure Accommodation Reviews a Practical Guide. Recuperado a partir de <http://www.coramvoice.org.uk/sites/default/files/A4%20SAR%20Guide%204th%20Edition%202012%20v8.pdf>
- Sename (2016). Orientaciones Técnicas Línea de Acción Centros Residenciales, Modalidad Residencias de Protección Para Mayores con Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (REM/PER).
- Servicio Nacional de Menores (2016). Orientaciones técnicas: Líneas de acción centros residenciales. Modalidad residencias de protección para mayores (RPM). Santiago: Departamento de protección y restitución de derechos SENAME.
- Seti, C. L. (2007). Causes and Treatment of Burnout in Residential Child Care Workers: A Review of the Research. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/08865710802111972>
- Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. En J. Cassidy, y P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (págs. 115–140). New York: The Guilford Press.
- Sinclair, I., & Gibbs, I. (1998). *Children's Homes: A Study in Diversity*. Wiley.
- Singer, E. R., Berzin, S. C., & Hokanson, K. (2013). Voices of former foster youth: Supportive relationships in the transition to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2110–2117. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.019>
- Skinner, A. (1992). Another kind of home: a review of residential child care. HMSO.
- Smith, M. (2005). Working in the “lifespace”. Recuperado a partir de <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/working-in-the-lifespace/r/a11G00000017rogIAA>
- Smith, M. (2009). *Rethinking Residential Child Care: Positive Perspectives*. Policy Press.
- Smith, M. (2011). Working in the ‘Lifespace’. En S. I. Care, *In Residence* (págs. 11-20). Glasgow.
- Smith, M., Fulcher, L., & Doran, P. (2013). *Residential Child Care in Practice: Making a Difference*. Bristol: Policy Press.
- SOS Children's Villages. (2010). Guidelines for alternative care of children: a United Nations framework. Recuperado a partir de <http://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/301cf6f5-0a8c-430f-9fad-ac99068ebd23/101203-UN-Guidelines-en-WEB.pdf?ext=.pdf>

- SOS Children's Villages. (s. f.). Quality 4 Children Standards for out-of-home Child Care in Europe. Recuperado a partir de http://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/1b7397b9-ce47-41e0-8329-3c01a5496c6f/Q4C_colour.pdf
- St Andrew's House Scottish Government. (2004a, marzo 31). Supporting Young People Leaving Care in Scotland: Regulations and Guidance on Services for Young People Ceasing to be Looked After by Local Authorities. Recuperado a partir de <http://www.gov.scot/Resource/Doc/47171/0023765.pdf>
- St Andrew's House Scottish Government. (2004b, mayo 17). Pathways Handbook. Recuperado a partir de <http://www.gov.scot/Resource/Doc/25954/0023747.pdf>
- St Andrew's House Scottish Government. (2005, septiembre). National Care Standards: Care Homes for Children And Young People [Guidance]. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <http://www.gov.scot/Publications/2011/05/16141058/1>
- St Andrew's House Scottish Government. (2007, marzo 28). Examining the Use and Impact of Family Group Conferencing - Research Findings [Research Findings]. Recuperado 19 de julio de 2017, a partir de <http://www.gov.scot/Publications/2007/03/26093704/1>
- St Andrew's House Scottish Government. (2008, septiembre 3). These Are Our Bairns: A guide for community planning partnerships on being a good corporate parent [Guidance]. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.gov.scot/Resource/Doc/236882/0064989.pdf>
- St Andrew's House Scottish Government. (2013, junio 24). Good Practice Guidance - Implementation of Secure Accommodation Authorisation (Scotland) Regulations 2013 [Guidance]. Recuperado 24 de julio de 2017, a partir de <http://www.gov.scot/Publications/2013/06/9599/1>
- St Andrew's House Scottish Government. (2016, marzo 22). Children's Social Work Statistics Scotland 2014/15. Recuperado a partir de <http://www.gov.scot/Resource/0050/00502109.xlsx>
- State of Alabama. (2000). Minimum Standards for Residential Child Care Facilities. Recuperado a partir de http://dhr.alabama.gov/services/Foster_Care/Documents/MinimumStandardsforResidentialChildCareFacilitiesJuly2016.pdf

- Steckley, L. (2013). Understanding Physical Restraint in Residential Child Care: Juxtaposing Frames of Containment and an Ethic of Care. University of Strathclyde. Recuperado a partir de [https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/understanding-physical-restraint-in-residential-child-care\(46ce5645-cd46-45df-aa96-459942e22817\).html](https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/understanding-physical-restraint-in-residential-child-care(46ce5645-cd46-45df-aa96-459942e22817).html)
- Stein, M. (2006). Young people aging out of care: The poverty of theory. *Children and Youth Services Review*, 28(4), 422–434. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.05.005>
- Stein, M. (2008). Resilience and Young People Leaving Care. *Child Care in Practice*, 14(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/13575270701733682>
- Stein, M. (2014). Supportive Pathways for Young People Leaving Care: Lessons Learned from Four decades of Research. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Stevens, I. (2006a). Consulting Youth about Residential Care Environments in Scotland. *Children, Youth and Environments*, 16(2), 51–74.
- Stevens, I. (2006b). Enabling participation in residential child care: consulting youth about residential care environments in Scotland. *Children, Youth and Environments*, 16(2), 51–74.
- Stockholm Declaration. (2003, mayo 15). International conference on children and residential care. Recuperado a partir de http://kinected.org.au/assets/resources/21.Stockholm_Declaration.pdf
- Storø, J. (2013). *Practical social pedagogy: Theories, Values and Tools for Working with Children and Young People*. Policy Press.
- Sulimani-Aidan, Y. (2015). Do they get what they expect?: The connection between young adults' future expectations before leaving care and outcomes after leaving care. *Children and Youth Services Review*, 55, 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.006>
- Sulimani-Aidan, Y. (2016). In between formal and informal: Staff and youth relationships in care and after leaving care. *Children and Youth Services Review*, 67, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.05.025>

- Swart, J. J. W. D., Broek, H. V. den, Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., Laan, P. H. V. der, Holsbrink-Engels, G. A., & Helm, G. H. P. V. der. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1818–1824. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.015>
- Tarrés, M. L. (2013). *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (1st ed.). FLACSO-México. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16f8cd1>
- Tatarsky, A. (2002). *Harm Reduction Psychotherapy: A new Treatment for Drug and Alcohol Problems*. EE.UU.: Jason Aronson, Inc.
- Teaching Family Association. (2015). *Standards of Ethical Conduct of the Teaching Family Association*. Recuperado a partir de <https://teaching-family.org/wp-content/uploads/2015/01/TFA-Standards.pdf>
- Teaching-Family Association – Supporting the evidence-based, effective Teaching-Family Model. (2016). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <https://teaching-family.org/>
- Teaching-Family Association. (s. f.). *Doesn't group care traumatize kids? Isn't it a last resort?* Recuperado 24 de julio de 2017, a partir de <https://teaching-family.org/services/doesnt-group-care-traumatize-kids-isnt-it-a-last-resort/>
- The Care Inquiry. (2013). *Making not breaking: Building relationships for our most vulnerable children*.
- The Children (Secure Accommodation) Regulations 1991. (1991). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/cy/uksi/1991/1505/made>
- The Children's Homes (England) Regulations 2015. (2015). Recuperado 20 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/541/contents/made>
- The Children's Homes (Wales) Regulations 2002. (2002). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/wsi/2002/327/contents/made>
- The Children's Homes Regulations 2001. (2001). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2001/3967/contents/made>
- The Menninger Clinic - Houston, Texas. (s. f.). Recuperado 27 de julio de 2017, a partir de <http://www.menningerclinic.com/>

- The Office of the Provincial Advocate for Children & Youth. (2012). *The Costs and Benefits of Providing Extended Care & Maintenance to Ontario Youth in Care Until Age 25*. Ontario, Canadá.
- The Residential Child Care Project. (2010). *Therapeutic Crisis Intervention System*. Family Life Development Centre, Cornell University. Recuperado a partir de http://rccp.cornell.edu/_assets/TCI6_SYSTEM_BULLETIN.pdf
- The Salvation Army of Kansas & Western Missouri. (2011). Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://salarmymokan.org/>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.07.020>
- Thompson, R., Daly, D., & Andreassen, T. (2014). The family home program: An adaptation of the teaching family model at boys town. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice* (pp. 113–125). Jessica Kingsley Publishers.
- Todorova-Koleva, M. (2016). The process of deinstitutionalisation and development of residential care in Bulgaria. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 15(2).
- Tomlinson, P., Gonzalez, R., & Barton, S. (2011). *Therapeutic Residential Care for Children and Young People: An Attachment and Trauma-Informed Model for Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Touraine, A. (2005). *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Grupo Planeta (GBS).
- Treatment Programs. (s. f.). Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <http://www.ParentManagementTrainingInstitute.com/treatment-programs1.html>
- Trieschman, A. E. (1976). *The Other 23 Hours: Child-Care Work with Emotionally Disturbed Children in a Therapeutic Milieu*. Transaction Publishers.
- Triple P Stay Positive. (s. f.). ¿Qué puede hacer Triple P? Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de <http://www.triplep.cl/triple-p/que-puede-hacer/>
- Trout, A. L., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*, 88(2), 111–136.

- Trupin, E. J., Kerns, S. E. U., Walker, S. C., DeRobertis, M. T., & Stewart, D. G. (2011). Family Integrated Transitions: A Promising Program for Juvenile Offenders with Co-Occurring Disorders. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20(5), 421–436. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2011.614889>
- Tunstall, J., & Blewett, J. (2015). Mapping the journey: outcome-focused practice and the role of interim outcomes in family support services. *Child & Family Social Work*, 20(2), 234–243. <https://doi.org/10.1111/cfs.12073>
- Turnell, A. (2012). The signs of safety comprehensive briefing paper. Resolutions Consultancy.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1-17.
- Unicef & Department of Social Welfare Lesotho. (2006). Residential Care Guidelines and Standards.
- Unicef (2006). Convención sobre los derechos del niño. Madrid: Nuevo Siglo.
- Unicef, (2006). Derecho a la Participación de los Niños, Niñas y Adolescentes: Guía Práctica para su Aplicación. República Dominicana.
- Unicef. (2002). Internación de niños: ¿El comienzo del fin? Crisis de los internados y transformación de las políticas de infancia en España, Italia y el Cono Sur.
- Vacca, J. S. (2008). Foster children need more help after they reach the age of eighteen. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 485–492. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.007>
- Valverde, F. (2008). Intervención social con niñez: operacionalizando el enfoque de derechos. *Revista Mad. Revista del Magister de Análisis Sistémicos Aplicados a la Sociedad* (3), 95-119.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 401–408.
- VanderVen, K. (2003). Transforming the milieu and lives through the power of activity: Theory and practice. *Journal of Child and Youth Care Work*, 103-108.
- VanderVen, K. (2005, noviembre). Transforming the milieu and lives through the power of activity: theory and practice. Recuperado 26 de julio de 2017, a partir de <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-1105-vanderven.html>

- Victorian Government, & Commission for Children and Young People. (2003). Residential Care Matters. A resource for residential care workers, supervisors and managers caring for young people. Recuperado a partir de <http://brightideasoohc.weebly.com/uploads/2/7/2/8/27286779/residential-care-matters.pdf>
- Vladeck, B. C. (1981). Equity, access, and the costs of health services. *Medical Care*, 19(12 Suppl), 69–80.
- Walker, S. (2007). Family Therapy and systemic practice. En J. Lishman (Ed.), *Handbook for Practice Learning in Social Work and Social Care: Knowledge and Theory* (pp. 216–234). Jessica Kingsley Publishers.
- Ward, A. (2002). Opportunity led work: maximising the possibilities for therapeutic communication in everyday interactions. Recuperado a partir de http://www.mka.no/Engelsk_pres/Oppportunity%20Led%20Work.pdf
- Ward, A. (2006). Models of “ordinary” and “special” daily living: matching residential care to the mental-health needs of looked after children. *Child & Family Social Work*, 11(4), 336–346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00423.x>
- Ward, A. D. (2007). Working in Group Care: Social Work and Social Care in Residential and Day Care Settings. Policy.
- Ward, H. (2009). Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences. *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1113–1118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.07.009>
- Ward, H., Brown, R., & Hyde-Dryden, G. (2014). Assessing parental capacity to change when children are on the edge of care: an overview of current research evidence. Department for Education © Loughborough University. Recuperado a partir de <https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/handle/2134/18183>
- Ward, H., Brown, R., y Hyde-Dryden, G. (2014). Assessing Parental Capacity to Change when Children are on the Edge of Care: an overview of current research evidence. Centre for Child and Family Research.
- Washington State Institute for Public Policy. (2004). Outcome Evaluation of Washington State’s Research-Based Programs for Juvenile Offenders.
- Weisner, C., & Schmidt, L. (1993). Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American Journal of Public Health*, 83(6), 824–829.

- Wells, K., & Shafran, R. (2005). Obstacles to Employment among Mothers of Children in Foster Care. *Child Welfare*, 84(1), 67–96.
- Whitaker, D., Archer, L., & Hicks, L. (1998). *Working in Children's Homes: Challenges and Complexities*. Wiley.
- Whittaker, J. K., & Maluccio, A. N. (2002). Rethinking "Child Placement": A Reflective Essay. *Social Service Review*, 76(1), 108–134. <https://doi.org/10.1086/324610>
- Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreasen, T., Anglin, J., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care*. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(2), 89–106. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1215755>
- Whittaker, J. K., Valle, J. F. del, & Holmes, L. (2014). Shaping the Future for Therapeutic Residential Care. En J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Whittaker, J. K., Valle, J. F. del, & Holmes, L. (2015). *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Whittaker, J. K., Valle, J. F. del, Holmes, L., Small, R. W., Bellonci, C., & Ramsey, S. (Eds.). (2014). Creating and maintaining family partnerships in residential treatment programs. En *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice* (pp. 156–170). Jessica Kingsley Publishers.
- World Health Organization, & UNICEF. (2012). Early childhood development and disability: a discussion paper. World Health Organization. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/75355>
- World Health Organization. (s. f.). Mental health: a state of well-being. Recuperado 25 de julio de 2017, a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Wulczyn, F., Alpert, L., Martinez, Z., & Weiss, A. (2015, junio). Within and between state variation in the use of congregate care. Recuperado a partir de https://fcda.chapinhall.org/wp-content/uploads/2015/07/Congregate-Care_webcopy.pdf

- Yang, M.-Y. (2015). The effect of material hardship on child protective service involvement. *Child Abuse & Neglect*, 41, 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.009>
- Youth Villages. (s. f.). Recuperado 27 de julio de 2017, a partir de <http://www.youthvillages.org/>
- Ziegler, D. (s. f.). Appropriate and Effective Use of Psychiatric Residential Treatment Services. Jasper Mountain Hope for Children and Families. Recuperado a partir de http://www.jaspermountain.org/appropriate_effective_prts.pdf

del Dicho

al Derecho



solidaridad en acción

Los niños y adolescentes de las residencias de protección del Hogar de Cristo compartieron sus deseos y sueños para el futuro. Aquí se muestran algunos de ellos:

ADOLESCENTE, HOMBRE, 15 AÑOS

“Me gustaría que mi familia esté junta. Me gustaría tener una buena profesión cuando sea grande y que seamos todos felices, que estemos todos unidos y no peleemos”.

ADOLESCENTE, MUJER, 16 AÑOS

“Hay chicas que están postulando a su casa, que están juntando plata y yo quiero hacer lo mismo, quiero estudiar, quiero tener mi casa, una familia, salir de aquí, ser alguien y no sé, estar con alguien”.

NIÑO, 10 AÑOS

“Uno ser futbolista, dos estar con mi familia y tres venir a visitar a los niños del hogar”

JOVEN, MUJER, 21 AÑOS

“Yo siempre quise ser adoptada, pero ya que no lo conseguí y nunca fue así, lo cambiaría por yo partir por ser una mejor persona, o sea, tener mi familia, construir yo mi familia”.

JOVEN, MUJER, 21 AÑOS

“Yo quiero estudiar, porque es lo más importante para surgir, salir adelante. Para que nosotros salgamos con herramientas y no terminemos barriendo calles, aunque es un trabajo honrado, pero...”

NIÑO, 12 AÑOS

“Sueño con tener mi casa, mi trabajo y una familia”

ADOLESCENTE, MUJER, 16 AÑOS

“Esto es importante para mí, estar aquí (en la residencia). Mi familia obviamente está primero...y aunque sé que no están conmigo, yo los quiero igual, aunque no me quieran ver. Si algo necesitan yo voy a estar ahí para ellos. Aquí igual po, es mi segunda familia, es mi casa, es mi hogar, ahora me preguntan ¿dónde estai?, y yo digo en mi casa. Son muy importantes para mí, porque si a mis compañeras les pasa algo yo me aflijo, aunque no sean nada mío...”