Subsecretaría de Prevención del Delito
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA

INFORME FINAL

"Evaluación de impacto del Programa de Atención Integral Familiar (PAIF) 24 Horas"

Diciembre 2017

Contenido

Glosario 6

1 Introducción 8

2 Diseño metodológico del estudio 12

2.1 Estrategia o etapas de evaluación 12

2.2 Consideraciones éticas 13

3 Evidencia de resultados del programa en la experiencia comparada 15

3.1 Evidencia generada por los gestores del modelo 15

3.2 Evidencia de evaluaciones externas 18

3.3 Metaanálisis realizados 19

4 Antecedentes del Programa 22

4.1 PAIF 24 Horas: origen y antecedentes 22

4.2 Diseño y funcionamiento general del Programa PAIF 24 Horas 26

4.2.1 Áreas geográficas donde se implementa 28

4.2.2 Beneficiarios 29

4.2.1 Metas, productos y resultados declarados 30

4.2.2 Presupuesto 31

4.3 Componente Detección Temprana 32

4.3.1 Objetivos 33

4.3.2 Población objetivo 33

4.3.3 Actividades 34

4.4 Componente Terapia Multisistémica 38

4.4.1 Descripción del Modelo Terapia Multisistémica 39

4.4.2 Objetivos 43

4.4.3 Actividades 43

4.4.4 Cobertura 44

4.4.5 Actores relevantes 46

4.4.6 Consideraciones para la implementación del Programa 51

4.5 Adaptaciones realizadas a Terapia Multisistémica en Chile 58

5 Estudio de implementación 62

5.1 Diseño metodológico 63

5.1.1 Estrategia de evaluación 63
5.1.2 Fuentes de información 65
5.1.3 Muestra 74
5.1.4 Levantamiento y aplicación de instrumentos 77
5.1.5 Categorías de análisis 87
5.1.6 Plan de análisis 89
5.2 Análisis de resultados 90
5.2.1 Nivel de implementación de buenas prácticas para Programas Basados en la Evidencia 91
5.2.2 Desempeño de indicadores de fidelidad del modelo 104
5.2.3 Viabilidad del programa: ejes críticos de implementación 143
5.3 Conclusiones y recomendaciones 190
6 Estudio Prospectivo 198
6.1 Diseño metodológico 198
6.1.1 Instrumentos para la recolección de información 199
6.1.2 Definición de conceptos y variables (factores) a medir 202
6.1.3 Bases de Datos Utilizadas 206
6.1.4 Especialización y Rol del(a) Investigador(a) 206
6.1.5 Muestra de Seguimiento de Casos 207
6.1.6 Esquema del trabajo de campo 214
6.1.7 Estructura orgánica del trabajo de campo y monitoreo del trabajo en terreno 221
6.1.8 Proceso de aseguramiento de la calidad de los datos 222
6.1.9 Metodología del Estudio de Casos 223
6.2 Análisis de resultados 227
6.2.1 Prospectivo de seguimiento de casos: muestra, instrumentos, registros utilizados y análisis de datos realizados. 227
6.2.2 Estudio de Casos 257
6.3 Conclusiones, limitaciones y proyecciones del estudio prospectivo 274
7 Estudio Retrospectivo 286
7.1 Diseño metodológico 286
7.1.1 Estimación del modelo estructural 288
7.1.2 Estimación mediante puntaje de propensión 290
7.2 Conformación de la muestra para el estudio retrospectivo 292

7.2.1 Muestra para el grupo de tratamiento 293
7.2.2 Muestra grupo de control 296
7.2.3 Variable de interés y seguimiento 300
7.2.4 Caracterizaciones de la muestra bajo estudio 302
7.3 Resultados de la evaluación de impacto de MST 309
7.3.1 Efectos de MST en el comportamiento delictual 309
7.3.2 Efectos de MST en la integración educativa 318
7.3.3 Evolución de riesgos en el ASSET pre y ASSET post 321
7.4 Discusión y conclusiones preliminares 326
8 Análisis integrado de resultados 327
8.1 Introducción 327
8.2 Teoría de cambio del programa PAIF 24 horas en su componente Terapia Multisistémica 328
8.2.1 Problema abordado por MST y propósito del programa 328
8.2.2 Actividades realizadas por el programa 328
8.2.3 Productos generados por el programa 329
8.2.4 Resultados intermedios 329
8.2.5 Resultado final 330
8.3 Análisis integrado y conclusiones generales del estudio 332
8.3.1 Resultados de impacto en comportamiento delictual 332
8.3.2 Efectos del programa en disminución de factores de riesgo y mejorías en integración social de los NNA 333
8.3.3 Factores o elementos que podrían estar incidiendo positiva o negativamente en la implementación y resultados del programa MST. 340
9 Recomendaciones y propuestas de política pública 350
9.1 Recomendaciones a las instancias de coordinación nacional y local 350
9.2 Recomendaciones a la gestión administrativa del programa 352
9.3 Recomendaciones en el sistema de detección, evaluación y derivación 354
9.4 Recomendaciones a la intervención 355
9.5 Recomendaciones de seguimiento de la intervención y monitoreo de las actividades y resultados del programa 356
10 Referencias bibliográficas 358

Glosario

ASSET: Instrumento de medición de factores de riesgo utilizado por los equipos de detección temprana.

AUPOL: Base de Datos de Carabineros de Chile

CAM: Medida de Adherencia del Consultor experto MST

DAEM: Dirección Administrativa de Educación Municipal

DEP-ADO: Guía para la Detección del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas en Adolescentes

Diprofam: Dirección de Protección a la Familia

EBPs: Programas basados en la evidencia

EDA: Escala de Delincuencia Autorrevelada

EDT: Componente Detección Temprana, Programa.

EGCC: Equipo de profesionales de Gestión y seguimiento de Casos

EGED: Escala de Gravedad del Enganche Delictivo

FER-R: Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos de Desadaptación Social Adolescente

FPC: Fundación Paz Ciudadana

LRPA: Ley de Responsabilidad Penal Adolescente

MACI: Inventario Clínico para Evaluación de Adolescentes

MMIDA: Modelo Multi dimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes

Mineduc: Ministerio de Educación

MINTRAB: Ministerio del Trabajo y Previsión Social

MST: Terapia Multisistémica, Programa

MSTI: Instituto MST

MSTS: MST Services

NNA: Niñas, niños y adolescentes

PAIF 24 Horas: Programa de Atención Integral Familiar 24 Horas

PIR*:* Program Implementation Repport

PSI 24 Horas: Programa de Seguridad Integrada 24 Horas

SAM: Medición de Adherencia del Supervisor MST

Sename: Servicio Nacional de Menores

Senainfo: Base de datos de Sename

SPD: Subsecretaría de Prevención de Delito

TAM-R: Medición de Adherencia del Terapeuta-Revisada

UFRO: Universidad La Frontera

Zonafam: Zona de Prevención y Protección a la Familia, Carabineros de Chile.

1 Introducción

El presente informe da cuenta de los principales resultados del estudio de evaluación de impacto del programa de atención integral familiar (PAIF) 24 horas, en su componente Terapia Multisistémica (en adelante, MST, por sus siglas en inglés), programa implementado en Chile por la Subsecretaría de Prevención del Delito. Este estudio fue ejecutado por Fundación Paz Ciudadana, siendo adjudicada mediante licitación pública ID 654478-11-LQ15 realizada a finales de 2015 y ejecutada entre junio de 2016 y diciembre de 2017.

MST es un programa basado en la evidencia que busca realizar intervenciones familiares y comunitarias focalizadas en los factores ambientales que afectan a infractores juveniles crónicos y violentos menores de 17 años, así como a sus familias, escuelas y comunidades (MST Services, 2017). Se trata de un programa de origen norteamericano, pero que se implementa en Chile desde el año 2012, y que busca dar una respuesta preventiva a los problemas delictuales protagonizados por adolescentes infractores de ley.

La realización de delitos por parte de niños, niñas y adolescentes ha sido objeto de preocupación por parte de las políticas públicas a partir del reconocimiento legal que a partir de la segunda mitad del siglo XX ha recibido la infancia en cuanto sujetos de protección por parte de los Estados (Declaración de derechos del niño, 1959; Reglas mínimas de las naciones unidas para la administración de la justicia de menores, 1985), lo que ha tenido como consecuencia un paulatino desplazamiento de las estrategias reactivas tradicionales utilizadas por los Estados hacia los jóvenes infractores de ley, a estrategias de carácter preventivo (CAP, 2016). Como consecuencia de lo anterior, la criminología ha volcado sus esfuerzos en levantar información que permita abordar la tarea de prevenir temprana la comisión de delitos.

Estos esfuerzos se han plasmado en la generación de una corriente teórica denominada “criminología del desarrollo y el curso de la vida”, la cual busca identificar las circunstancias que gatillan el comportamiento delictivo, los elementos que generan alteraciones en los patrones criminales y aquellos que subyacen a los procesos de desistimiento delictivo. A partir de ello, la literatura criminológica (Farrington et al, 2016) ha sistematizado diversas variables individuales, familiares y sociales que aumentarían la probabilidad de desarrollar carreras delictivas (factores de riesgo) o que predicen la disminución de las probabilidades de que individuos participen en conductas delictivas (factores protectores).

En base a este acervo de conocimiento, se han generado, principalmente en el mundo anglosajón, programas que buscan intervenir dichos factores de riesgo y protectores con miras a prevenir el desarrollo de carreras delictivas (CrimeSolutions, 2017; Blueprints, 2017). Algunos de ellos ya han sido implementados por varias décadas y en distintos países, lo que les ha permitido ser evaluados, siendo conocidos cuáles son sus impactos en diversos ámbitos, entre otros, en la reducción de la reincidencia delictiva. Ello ha permitido que algunos de ellos hoy en día puedan ser considerados como "programas basados en la evidencia", por cuanto han sido sometidos a múltiples evaluaciones experimentales que han mostrado efectos significativos y sustanciales (Episcenter, 2017).

MST corresponde justamente a uno de estos programas basados en la evidencia, que ha buscado, en base a la intervención de factores de riesgo y protectores, prevenir tempranamente el desarrollo de carreras delictivas. El programa fue generado en Estados Unidos a partir de los años 70´, pero formalmente es implementado desde el año 1996 por MST Services, una organización que opera al alero de la Universidad de South Carolina. Ella no solo está a cargo de desarrollar el programa, sino que también da asistencia, entrenamiento y control de calidad a las organizaciones que deseen implementarlo (MST Services, 2017).

En general, las evaluaciones de impacto que han sido realizadas a MST en la experiencia comparada han dado cuenta de efectos positivos en cuanto a menores tasas de arresto de los jóvenes o menores contactos de estos con el sistema de justicia (Timmons-Mitchell et al, 2006; Butler et al, 2011; Fain et al, 2014 en Blueprints, 2017). Actualmente, MST opera en 34 estados de los Estados Unidos y en 16 países del mundo, entre ellos, Chile.

En Chile, el programa MST ha sido implementado como uno de los componentes del Programa de Atención familiar (PAIF) 24 horas. Este último es ejecutado por la Subsecretaría de Prevención del Delito (órgano dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública), y tiene por objetivo principal contribuir a la reducción de la comisión de delito en NNA que presentan conductas transgresoras y factores de riesgo socio delictual que ameritan intervención. Para ello, el programa cuenta con dos componentes: un componente de detección de casos, a cargo de los equipos de Detección Temprana (EDT) responsables de elaborar perfiles de riesgo de NNA candidatos al programa, de derivarlos a oferta programática y de hacer monitoreo y seguimiento de los casos. Y una componente de intervención, a cargo del programa MST, el cual permite realizar terapia psicológica familiar intensiva para abordar de manera integral a NNA entre 10 a 17 años que hayan sido previamente perfilados por los EDT como sujetos con riesgo socio-delictual alto.

El programa se implementa en Chile desde el año 2012, comenzando su implementación en 8 comunas de la Región Metropolitana (La Florida, La Granja, La Pintana, Lo Espejo, Peñalolén, Pudahuel, Puente Alto y Recoleta), expandiéndose durante los años siguientes a diversas comunas del país, contando actualmente con presencia en 36 comunas a lo largo del país (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2015)

A ya casi 5 años del comienzo de la implementación del programa, el Estado de Chile decidió someter a evaluación el componente MST del programa PAIF 24 horas. Para ello, propuso la realización de este estudio, cuyo objeto es evaluar el impacto del programa PAIF 24 horas en su componente MST, describiendo y analizando su diseño, dando cuenta del nivel de implementación del programa y midiendo su impacto en la reincidencia de los usuarios egresados y en sus niveles de reinserción social, concluyendo con la elaboración de recomendaciones que permitan mejorar el desempeño e implementación del programa.

Para ello, se planteó la realización de: (i) un análisis retrospectivo del programa (para medir la reincidencia de los usuarios ya egresados del durante los años 2013 Y 2014); (ii) un análisis prospectivo de seguimiento de una cohorte de 401 usuarios del programa (que buscó para medir los resultados del programa en sus tres grandes objetivos: permanencia en el hogar, inserción laboral/escolar y evitar la comisión de nuevos delitos), y un estudio de casos (para caracterizar el proceso de los usuarios del programa con posterioridad al egreso del mismo); y finalmente (iii) un análisis de implementación del programa (para caracterizar las fortalezas y obstáculos de dicho proceso, tanto a nivel nacional como comunal).

El informe a continuación se estructura de la siguiente forma:

En primer lugar, se presenta el diseño metodológico del estudio, seguido de los antecedentes de evidencia de resultados del programa MST generada por los gestores de este, evaluaciones externas y metaanálisis.

En tercer lugar, se presenta una síntesis de las políticas públicas orientadas al abordaje del problema de infancia y juventud con riesgo delictivo, cuyo desarrollo devino en la formulación de programa PAIF 24 Horas actualmente en vigencia. Se describen los principales elementos del diseño de sus dos componentes, EDT y MST, profundizando en este último en tanto objeto de estudio de la evaluación de impacto en curso. Al cierre del capítulo se presentan las adaptaciones realizadas al diseño para su implementación en Chile.

Luego se presenta en detalle el diseño metodológico, resultados, discusión y conclusiones de cada uno de los productos comprometidos, en el siguiente orden: análisis de implementación, análisis prospectivo de seguimiento de cohorte y estudio de casos, y análisis retrospectivo respectivamente.

2 Diseño metodológico del estudio

El presente estudio tiene por objetivo realizar una evaluación de impacto del Programa de Atención Familiar Integral 24 Horas en su componente Terapia Multisistémica.

A nivel de objetivos específicos, se propone:

a) Describir y analizar la implementación del componente Terapia Multisistémica en Chile a nivel general y por comunas, entre 2012 y 2016.

b) Identificar y analizar los factores contextuales que facilitan y dificultan la implementación del componente Terapia Multisistémica a nivel local.

c) Identificar y analizar factores de riesgo y de protección de una muestra de seguimiento prospectivo de casos egresados de MST, hasta 12 meses posterior a su egreso.

d) Comparar los niveles de reincidencia y reinserción entre los usuarios egresados de MST y del grupo de control con similares características.

e) Elaborar conclusiones y realizar recomendaciones que permitan mejorar el desempeño e implementación del programa.

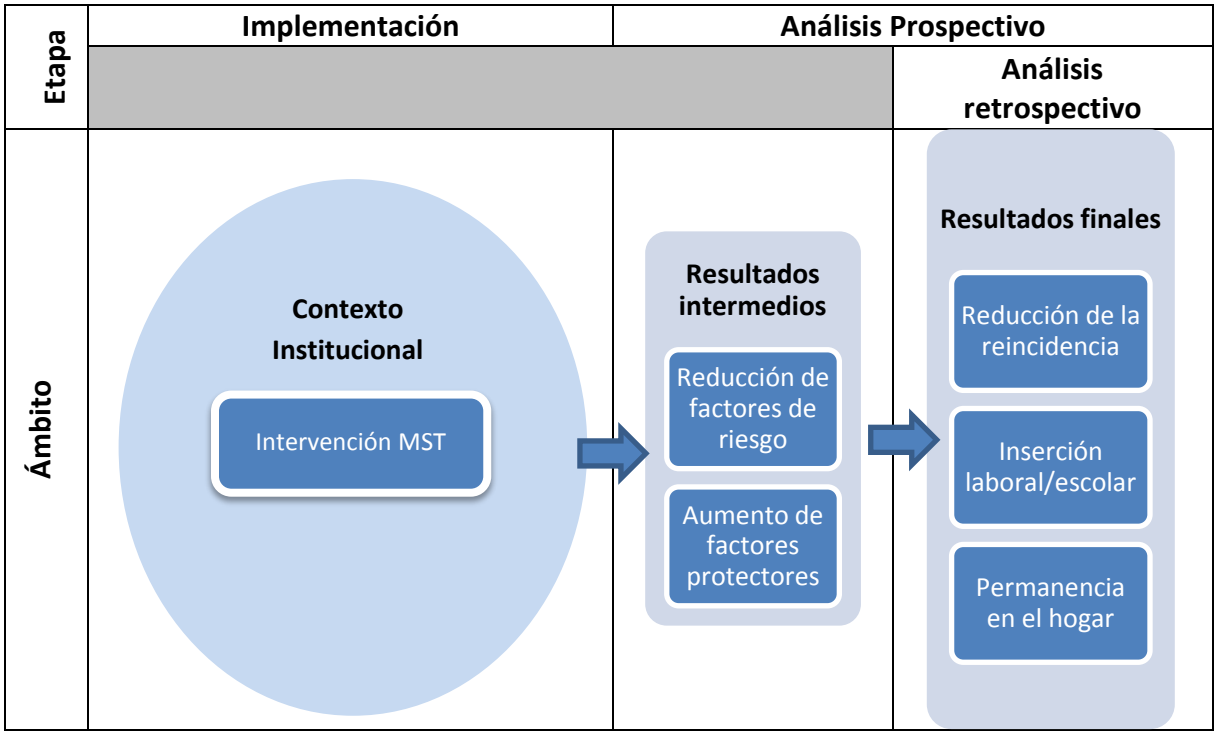
2.1 Estrategia o etapas de evaluación

Conforme a los requerimientos planteados en las bases técnicas, la metodología del presente estudio comprende tres tipos de estrategias evaluativas: implementación, prospectivo y retrospectivo. El detalle de cada una de ellas es presentado en los capítulos correspondientes.

Junto con el análisis independiente de cada estudio, el producto considera una etapa de análisis de índole integrativo de todos los productos contemplados, de manera tal que sea posible generar una visión global respecto a los resultados obtenidos y por tanto un análisis más comprensivo del programa. Para ello, se utilizará como referente una estructura analítica que permita integrar distintos niveles de información, triangular los resultados obtenidos en cada fase de análisis, aunar los aspectos más significativos y potentes de los hallazgos encontrados y analizar su relación. Esto permitirá profundizar el análisis de política pública, así como conclusiones y recomendaciones orientadas a mejorar el desempeño e implementación del programa, considerando la particularidad de su intervención y población beneficiaria.

La estructura que se presenta a continuación permite visualizar la forma en que se ordenará el análisis.

Figura 1. Esquema de las etapas de análisis y sus ámbitos de evaluación



Fuente: elaboración propia.

2.2 Consideraciones éticas

Con miras a resguardar los estándares éticos que debe considerar toda investigación, se tomaron los siguientes resguardos:

A los participantes de las distintas entrevistas realizadas (individuales y focus group) se les hizo entrega de un documento (consentimiento informado) comunicándoles sobre los fines generales del estudio, los fines específicos para los cuales eran requeridas sus entrevistas, solicitándoles autorización para utilizar la información entregada para llevar a cabo la investigación, comprometiéndose el equipo investigador a no revelar datos resguardados por licencia comercial de MST Services y por la ley Nº19.628.

En relación con las bases de datos solicitadas para llevar a cabo el análisis retrospectivo, el equipo investigador tuvo acceso a ellas bajo las salvaguardias de la ley Nº 19.628 de protección de datos personales, esto es, en su calidad de mandatario de la Subsecretaría de Prevención del Delito para la realización de este estudio. En consecuencia, el equipo

investigador se encuentra legalmente obligado a usar dicha información exclusivamente para los fines del estudio encargado por su mandante, la Subsecretaría de Prevención del Delito. Lo anterior es también aplicable respecto de la información estadística generada a partir del estudio prospectivo, en relación con la cual rige la misma limitación que en el caso anterior.

3 Evidencia de resultados del programa en la experiencia comparada

A continuación, se presenta una síntesis de la evidencia de resultados de MST en la experiencia comparada, distinguiendo entre aquella generada por los gestores del modelo, por evaluaciones externas y la contenida en metaanálisis.

Al llevar a cabo una revisión de la evidencia del modelo de Terapia Multisistémica, es factible identificar un amplio espectro de estudios desde el año 1986 hasta 2017. Según el documento "Research at a Glance" el cual reúne todas las investigaciones hasta la fecha, existen 62 estudios publicados divididos entre estudios de resultados, de implementación y evaluación comparativa (*benchmarking studies*). De estos, 41 constituyen evaluaciones independientes, y 25 fueron de asignación aleatoria. Asimismo, se han realizado 15 estudios de implementación, 11 de ellos independientes a los creadores del modelo (MST Services, 2017).

3.1 Evidencia generada por los gestores del modelo

De los estudios llevados a cabo por los gestores del programa relativos a jóvenes infractores persistentes, destaca el de Sawyer y Borduin (2011), por ser el seguimiento más largo que se haya hecho para un estudio experimental aleatorio de este programa. Dicho estudio, evaluó tanto resultados en juzgados civiles como en los criminales. Se siguió a 84% (N = 148) de los participantes originales (N = 176), que fueron tratados entre 1983 y 1986. Los resultados respecto a conductas delictivas se midieron en: condenas por delitos graves, delitos menores, delitos violentos y no violentos, años de encarcelamiento, inestabilidad familiar, divorcios, demanda por tuición, pensiones alimenticias y problemas financieros con relación a créditos, contratos y alquiler. A continuación, se presentan sus principales resultados:

Tabla 1: Sawyer y Borduin (2011). Resultados en materia penal (conducta criminal)

Resultados en materia penal (conducta criminal)	MST	Control	Reducción
Detención delito grave	35%*	55%	35,5%
Delito violento	4%*	16%	75,0%
Delito no violento	35%*	51%	31,4%

Delito menor	61%	66%	7,6%
Años en cárcel	5,3*	7,9	32,9%

*Diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Sawyer y Borduin (2011).

Tabla 2: Sawyer y Borduin (2011). Resultados en materia civil

Resultados en materia civil	MST	Control	Reducción
Inestabilidad familiar: (divorcio, tuición, pensión)	30%*	48%	37,5%
Problemas financieros: (crédito, contrato, alquileres)	30%	31%	3,2%
Años en cárcel	5,3*	7,9	32,9%

*Diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Sawyer y Borduin (2011)

Como se observa, en la mayoría de las variables analizadas, tanto respecto de la ocurrencia de nuevas conductas infractoras como de otras consecuencias, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado con MST y el grupo de control.

Por su parte, según un estudio realizado por Henggeler, Melton y Smith en el año 1992 se comparó la Terapia Multisistémica con el tratamiento habitual entregado por el Departamento de Servicios Juveniles de Carolina del Sur en el tratamiento de 84 jóvenes infractores de ley y sus familias calificadas como "multi problemáticas". Tras un seguimiento de 59 semanas, los resultados indican que los jóvenes con MST tuvieron menos detenciones y 10 semanas promedio menos de encarcelamiento que los jóvenes no tratados con MST. Además, las familias que participaron en MST reportaron un aumento de la cohesión familiar y una disminución de la agresividad en las relaciones del joven con sus pares (Henggeler, Melton & Smith, 1992).

Utilizando la misma muestra, Henggeler et al. (1993) compararon el tratamiento de Terapia Multisistémica con el tratamiento habitual de servicios comunitarios para jóvenes infractores. Tras un periodo de observación de 2,4 años, MST tuvo mejores resultados disminuyendo la reincidencia y la estadía fuera del hogar, así como mejorando las relaciones familiares y con los pares (Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald & Hanley, 1993).

Otro estudio realizado en Estados Unidos por Borduin y su equipo, señala que luego de 4 años de seguimiento, MST demostró haber producido cambios en jóvenes infractores persistentes, respecto al tratamiento con Terapia Individual (como representante de los tratamientos comunitarios usuales para este grupo de la población). Específicamente, el grupo de jóvenes tratados con MST eran significativamente menos propensos que sus contrapartes a ser arrestados luego de haber terminado el tratamiento, y que, de serlo, era producto de comisión de delitos significativamente menos serios (Borduin, Mann, Cone, Henggeler, Fucci, Blaske, et al., 1995). La misma muestra de participantes de MST fue parte de otra evaluación clínica aleatoria que les realizó seguimiento luego de 13,7 años del tratamiento, que mostró una disminución significativa de 54% en nuevos arrestos y de 57% en cantidad de días de encarcelamiento respecto a los jóvenes comparables (Schaeffer & Borduin, 2005).

Además, se mostró que después de 13,7 años del tratamiento, los participantes de MST (que entonces tenían 29 años) mostraron tasas significativamente más bajas de reincidencia criminal (50%) que los jóvenes comparables (81%, $p<0.0001$)

Otro estudio realizado en Estados Unidos con 155 jóvenes infractores persistentes, y sus familias durante un periodo de seguimiento de 1,7 años, demostró que MST mejoraba la sintomatología psiquiátrica de los jóvenes post tratamiento y disminuía la cantidad de días encarcelamiento en 47% respecto a su contraparte (servicios usuales del Departamento de Justicia Juvenil de Carolina del Sur). Sin embargo, los resultados en reducción en reincidencia por nuevo arresto (26%) no fueron estadísticamente significativos ni tan favorables como los obtenidos en otros estudios (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer y Hanley, 1997).

En materia de consumo de sustancias, un estudio realizado en Estados Unidos abordó el consumo de jóvenes en tratamiento con Terapia Multisistémica versus otros tratamientos, y mostró evidencia a favor de MST en cuanto a la disminución del uso de drogas post tratamiento a 11 meses luego del ingreso al programa (Henggeler, Pickrel y Brondino, 1999).

El seguimiento a jóvenes con consumo abusivo y dependiente de sustancias a cuatro años del tratamiento encontró evidencia de mayores tasas de abstinencia de marihuana entre los jóvenes tratados por MST (55%) en comparación con otros adolescentes que recibieron servicios comunitarios usuales (28%, $p<0.05$) (Henggeler, Clingempeel, Brondino, y Pickrel, 2002).

Según datos correspondientes al estudio de seguimiento de 14 años efectuado por el Missouri Delinquency Project, los individuos que han participado en MST cuando jóvenes presentan[1]:

- 54% menos detenciones
- 64% menos detenciones relacionadas con drogas
- 57% menos días en reclusión cuando adultos
- 43% menos días con libertad condicional cuando adultos

Por último, en términos agregados y según lo planteado por MST Services, los resultados de los diversos estudios demuestran que, en comparación con grupos de control, MST[2] :

- Disminuye tasas de detención (una o más veces) entre 25% y 70%
- Disminuye a largo plazo entre 47% y 64% de días que los jóvenes pasan en hogares de menores.
- Mejora el funcionamiento familiar
- Disminuye síntomas psiquiátricos adolescentes
- Disminuye el consumo de sustancias

3.2 Evidencia de evaluaciones externas

En Estados Unidos existen varios organismos encargados de estudiar, analizar y estimar los costos-beneficios de políticas públicas del área social o de prevención del crimen que demuestren evidencia en base a estudios de alta calidad técnica.

En este sentido, según una revisión de 10 evaluaciones de MST, realizada por el Washington State Institute for Public Policy, el modelo MST es uno de los pocos que demuestran eficacia en las intervenciones. Este modelo de intervención tiene un efecto promedio de reducción de 7,7% de la reincidencia, generando beneficios netos de USD$ 17.694 por participante en dólares de 2007 (Drake, Aos y Miller, 2009).

Según la Coalition for Evidence-Based Policy (2015), organización sin fines de lucro compuesta por destacados académicos de las universidades de Estados Unidos con el objetivo de asesorar a las políticas gubernamentales, MST es uno de los 7 programas del área de prevención del crimen y violencia que demuestran resultados empíricos en la

1 El promedio de edad en el seguimiento es de 28,3 años.
[2] http://mstservices.com/proven-results/proven-results

disminución de la cantidad y severidad del comportamiento criminal de infractores juveniles. Cabe precisar que los estudios revisados indican que la efectividad dependería de la adherencia a los elementos clave o principios de la intervención, y al tipo población y escenarios en que es implementado el programa.

3.3 Metaanálisis realizados

Se han identificado dos metaanálisis a partir de los diversos estudios realizados sobre la efectividad de Terapia Multisistémica.

El primero, llevado a cabo el año 2005 por "The Cochrane Collaboration, analizó los resultados de 8 estudios experimentales en los cuales los participantes se asignaron al azar a los grupos (siendo excluidos estudios que utilizaron otros diseños de grupos), sin restricciones de publicación o de idioma, desarrollados en Estados Unidos, Canadá y Noriega. Los participantes fueron niños/as y jóvenes (de 10 a 17 años) con trastornos sociales, emocionales y conductuales, y los miembros de su familia.

Se evaluó Terapia Multisistémica en comparación a cualquier otro tipo de intervención, incluidos los "servicios habituales" (de justicia juvenil o protección infantil), otras condiciones de tratamiento (p.ej., la terapia individual) y ningún tratamiento. Se examinaron medidas de resultado conductuales, psicosociales y familiares. Las medidas de resultado conductuales incluyeron el comportamiento antisocial (medido por la detención o condena por un delito penal), el consumo de drogas (autoinformes y pruebas de detección de drogas) y la asistencia escolar (Littell, Popa y Forsythe, 2005).

Los autores señalaron como prematuro concluir acerca de la efectividad de MST respecto a otras opciones de servicios para jóvenes con trastornos sociales, emocionales o de conducta. Los resultados fueron inconsistentes a través de los estudios, que variaron en términos de calidad y contexto, y el análisis más riguroso no mostró diferencias significativas entre MST y los servicios habituales en resultados de colocación en dependencias restrictivas fuera del hogar (específicamente, arrestos).

No hay información concluyente respecto a los efectos que MST en comparación con la ausencia de tratamiento, tampoco que tenga efectos perjudiciales sobre la población. Sin embargo, el programa tendría diversas ventajas sobre otros servicios para los jóvenes y las familias con problemas, aludiendo a que no existen pruebas de que otras intervenciones conocidas sean más efectivas. En ese sentido, los autores plantearon como necesario

realizar estudios adicionales e independientes para confirmar o refutar la hipótesis de que el modelo tiene efectos significativos sobre otros servicios (Littell, Popa y Forsythe, 2005).

Un segundo metaanálisis sobre MST fue realizado por Blueprints for Healthy Youth Development (en adelante, Blueprints), iniciativa del centro de estudios de Prevención y Violencia de la Universidad de Colorado, quienes lo clasificaron como programa "Modelo plus", clasificación más alta en términos de la efectividad comprobada del programa.

Este organismo realizó una evaluación independiente de expertos en base a la evidencia científica disponible (25 evaluaciones del programa publicadas, de las cuales 22 han utilizado diseños aleatorios, varias de las cuales fueron realizados en EE. UU. y Europa por evaluadores independientes). Se utilizaron estrategias de evaluación multi-métodos[3] para analizar los efectos del programa sobre el comportamiento criminal y otras variables (encarcelamiento, relaciones familiares, relaciones de pares, sintomatología psiquiátrica y uso de drogas), de jóvenes que han cometido delitos graves o que se encuentran involucrados en actividades delictuales, incluyendo delitos violentos, abuso de sustancias y delitos sexuales.

Varios estudios experimentales y cuasi-experimentales de MST han mostrado efectos positivos del programa a corto y largo plazo en cuanto reducción de comportamiento criminal y colocación en dependencias fuera del hogar para jóvenes que han cometido delitos graves, así como menores tasas de arresto en los jóvenes o contactos con el sistema de justicia (Fain et al*.,* 2014; Timmons-Mitchell et al., 2006; Butler et al*.,* 2011 en Blueprints 2016), formando una evidencia contundente en relación a los efectos directos de este programa en el involucramiento delictual de los NNA intervenidos.

Sin embargo, algunos estudios fuera de Estados Unidos no han mostrado resultados tan favorables o han mostrado resultados mixtos. En Países Bajos, por ejemplo, Asscher et al*.* (2014) realizó una evaluación experimental, en la cual 256 jóvenes con comportamiento antisocial severo y persistente fue asignado aleatoriamente a MST, mientras un grupo de 147 recibió un tratamiento usual (grupo de control). Los resultados se midieron a través de distintas fuentes y datos administrativos. De acuerdo al reporte de los padres y adolescentes MST fue beneficioso, sin embargo, los datos administrativos no muestran diferencias estadísticamente significativas en reincidencia en comparación al grupo de control.

[3] Incluyendo auto-reporte, reporte de los padres, biológicas y datos administrativos.

Un caso similar resultó para un experimento aleatorio en Canadá, donde no se encontraron efectos significativos del programa en cuanto condenas, sentencias y duración de tiempo custodia, en los tres sitios analizados (Leschied y Cunningham, 2002).

4 Antecedentes del Programa[4]

A continuación, se presenta una síntesis de los principales antecedentes del Programa PAIF 24 Horas, el cual forma parte de la actual respuesta pública al problema de NNA con conductas delictivas en Chile y que puede ser comprendido dentro de un contexto más amplio de oferta pública orientada a dicha población. Luego se describe el diseño del Programa PAIF 24 Horas en sus dos componentes, con el objetivo de facilitar la comprensión del funcionamiento del programa que engloba a Terapia Multisistémica (MST). Dado que este componente constituye el objeto de estudio de esta investigación es que se profundiza en su descripción y análisis por sobre la del componente de Detección Temprana (EDT). Al cierre del capítulo, se presentan las principales adaptaciones al contexto chileno del mismo programa.

4.1 PAIF 24 Horas: origen y antecedentes

El proceso de implementación del Programa de Terapia Multisistémica en Chile ha sido catalogado como un caso de innovación en el sector público, dada la poca experiencia en el país sobre la implementación de programas basados en evidencia para la prevención del delito (Pantoja, 2015). Sin embargo, este puede ser comprendido dentro de un contexto de políticas públicas orientadas a garantizar el ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes y sus familias, mediante el fortalecimiento de la institucionalidad pública que permita dar respuesta al problema de NNA con conductas delictivas. Con algunos matices, esta problemática ha sido abordada durante los últimos tres gobiernos por diversos programas públicos, los que se presentan en la tabla siguiente, todos antecedentes del actual programa PAIF 24 Horas.

Tabla 3. Antecedentes del Programa PAIF 24 Horas: PSI 24 Horas, 24 Horas, Vida Nueva.

Programa	Periodo	Organismo a cargo	Objetivo	Áreas de trabajo
Programa de Seguridad Integrada 24 Horas (PSI 24 Horas)	1996 – a la fecha.	Carabineros de Chile - Dirección de Protección a la Familia (Diprofam)[5]	Contribuir en procesos de prevención, protección y control de situaciones de riesgo y/o espiral delincuencial en que se encuentran los menores de	Registro y procesamiento de información sobre NNA menores de 18 años que

[4] Para profundizar en estos antecedentes, revisar el Anexo Nº 1 del presente informe

[5] Desde el año 2015 Diprofam pasa a denominarse Zonafam (Zona de Carabineros de Prevención y Protección de la Familia)

			edad del país, a través de la disponibilidad de información válida y oportuna relativa a niños, niñas y adolescentes ingresados a las unidades policiales de Carabineros de Chile	ingresan al sistema policial en Base de Datos AUPOL.[6] Traspaso de información a encargado comunal.
Programa 24 Horas	2009 – 2010	Programa intersectorial[7]	Contribuir a la superación de las situaciones de vulneración y/o a la interrupción de conductas transgresoras en NNA derivados del Programa PSI 24 Horas	Desarrollo de Sistemas de Gestión Territorial en 8 comunas de RM: Evaluación y derivación, intervención y gestión de casos.
Programa Vida Nueva	2010 - 2014	Programa intersectorial	Interrumpir las conductas transgresoras y/o la superación de vulneración en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa 24 Horas en 8 comunas de la Región Metropolitana.	Evaluación y derivación, intervención y gestión de casos.

Fuente: elaboración propia en base a: Sename, DSP (2011); Carabineros de Chile, Gobierno de Chile, Sename (2015).

El año 2009 se implementa el "Programa 24 Horas" que, diseñado como programa piloto, fue planteado como un programa intersectorial orientado al desarrollo de Sistemas de Gestión Territorial en ocho comunas de la Región Metropolitana[8], para la atención de NNA provenientes de las listas del Programa PSI 24 Horas.

[6] Específicamente, la información traspasada refiere a datos socio-demográficos, información que permite ubicar cada caso (dirección) y aquella asociada a su detención o conducción a unidad policial por situaciones de vulneración, infracción o en condición de inimputables.

[7] Entre la Subsecretaría de Carabineros, la Dirección de Protección Policial de la Familia, el Servicio Nacional de Menores y el Departamento de Menores –dependientes del Ministerio de Justicia- y la División de Seguridad Pública (actual Subsecretaría de Prevención del Delito) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

[8] Los criterios para la selección de estas comunas fueron: cantidad de ingresos al listado PSI 24 Horas en relación a la cantidad de habitantes, concentración de casos en el listado de NNA (inimputables, vulnerados y transgresores de ley), y voluntariedad municipal de sumarse a la iniciativa programática.

Para lograr su objetivo, desde la División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior se destinaron recursos para la creación de 8 Equipos de Gestión y seguimiento de los Casos Comunales (EGCC) que realizaran la evaluación de psicosocial orientada a identificar factores de riesgo y factores protectores presentes en las familias de los NNA, así como la derivación y seguimiento de casos a la oferta disponible. Por otra parte, se realizaron las gestiones para fortalecer la oferta comunal a través de iniciativas de intervención ejecutadas por el Servicio Nacional de Menores, dirigidas a NNA de alta, mediana y baja complejidad, a saber: Programas de Intervención Especializada- PIE 24Horas[9]; Programa de Intervención Breve –PIB 24Horas; y Oficina de Protección de Derechos –OPD 24Horas, respectivamente. Además, para fortalecer la capacidad de gestión y colaboración entre los programas locales para la infancia, se creó la Mesa de Gestión de Casos.

A partir del año 2010, este programa se inserta en el Plan Chile Seguro 2010-2014[10] y cambia de nombre a Programa Vida Nueva (2010-2014), continuando con un modelo de gestión e intervención de distintos actores de la institucionalidad pública orientados a generar y articular estrategias de intervención psicosocial especializada en materia de infancia y adolescencia (Sename - DSP, 2011).

Durante su ejecución en 2011 se observaron algunos problemas de implementación que devinieron en cambios en su diseño a contar del 2012, propuestas que incluyeron (Pantoja, 2011):

- Ampliación de las vías de ingreso, ya no sólo a través del listado 24 Horas de Carabineros. Sino que además contemplando el ingreso voluntario de los casos (consignado en un consentimiento informado).
- Paso del equipo comunal de gestión de casos a una dupla de profesionales llamada Equipo de Evaluación de Riesgo (EER)[11], especializada en la evaluación diagnóstica de casos clasificados en el listado como inimputables o infractores de ley mediante un instrumento de origen británico llamado ASSET, utilizado para detectar factores y perfiles de riesgo socio-delictuales; y en función de los resultados obtenidos, derivarlos a programas apropiados a sus condiciones específicas.
- Aumento de la oferta programática, pues a la oferta de servicios dispuesta por Sename se sumaron equipos de tratamiento intensivo de niños, niñas y adolescentes con conducta antisocial y/o con los perfiles de riesgo socio-delictual

[9] En el caso de los PIE 24 Horas, cuentan con el apoyo de programas de tratamiento de consumo problemático de drogas y de reinserción escolar

[10] Siendo la creación de la Subsecretaría de Prevención del Delito una de sus acciones características en 2011, en el marco de la nueva institucionalidad que se dio al ministerio.

[11] Actuales Equipos de Detección Temprana.

más altos, tanto inimputables como infractores, basados en el modelo Terapia Multisistémica (MST). Para ello, se estableció un convenio entre MST Group, organización estadounidense a cargo de MST, y la SPD del Ministerio de Interior y Seguridad Pública.

Este conjunto de esfuerzos técnicos, financieros[12] y de gestión supusieron también hacer ajustes en los convenios de colaboración con los Municipios para la implementación del Programa, correspondientes a las comunas de la Región Metropolitana que contaban con la "mayor frecuencia de casos de NNA que ingresaban al PSI 24 Horas, con equipos dispuestos a trabajar esta problemática y la voluntad política del municipio para abordar estos temas" (Sename - SPD, 2012, pág. 16). Estas comunas fueron: La Pintana, La Granja, La Florida, Lo Espejo, Recoleta, Puente Alto, Pudahuel y Valparaíso[13].

A partir de 2012, el Programa Vida Nueva con sus nuevos componentes se implementó en dos etapas, cada una incluyó la instalación de los equipos de profesionales EER y MST en las 8 comunas del país donde funcionaba el programa entre agosto a septiembre de 2012. Para la instalación de cada equipo comunal fueron requeridas actividades previas a la firma de los convenios entre la SPD y el municipio respectivo, que incluyeron gestiones con los líderes de la organización proveedora, reuniones con actores clave de la comunidad local, la presentación del modelo y la capacitación de las contrapartes, entre otras actividades.

Al segundo año de implementación, en 2013, el programa se había extendido a otras 6 comunas y en el mes de noviembre Chile fue denominado "socio estratégico" por parte de Keller Strother, presidente de MST Services. Dentro de la implementación, este hecho constituye un hito pues marca una diferencia respecto a otros socios y da cuenta de un mayor nivel de desarrollo en el manejo del modelo, cuestión que repercute, entre otros aspectos, en términos presupuestarios. Al cierre del primer gobierno de Sebastián Piñera se había comprometido su ampliación a otras 11 comunas del país[14].

[12] Según información de la Evaluación del Programa Vida Nueva, el presupuesto total (considerando todos los aportes registrados) del Programa exhibió un incremento del 71% en el periodo 2010 – 2012, consistente con el avance en la implementación del Programa y con la inclusión de Terapia Multisistémica.

[13] A diferencia del Programa Vida Nueva en su formulación original, MST no fue implementado en Peñalolén y sí lo fue en Valparaíso. Con ello se mantuvieron ocho comunas en total para la ejecución del programa en su primer año.

[14] Cabe señalar que en la revisión documental realizada no fue posible hallar los criterios utilizados para seleccionar las comunas que sucedieron a las primeras ocho comunas donde se implementó MST, aunque se estima que la priorización se haya basado principalmente en cantidad de ingresos en el Listado PSI 24 Horas.

4.2 Diseño y funcionamiento general del Programa PAIF 24 Horas

El problema de la población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad y/o infractores de ley fue incluido en el Programa de Gobierno 2014-2018 de la entonces candidata a la presidencia Michelle Bachelet, comprometiendo que 36 comunas del país estarían adscritas al Programa 24 Horas entre 2014 y 2018 (SPD, 2016).

Con el comienzo de su gobierno, el Programa retoma su nombre anterior, PAIF 24 Horas, y continúa inserto dentro del contexto mayor del Programa 24 Horas, el cual involucra además la Zona de Prevención y Protección de la Familia (ex Diprofam) de Carabineros de Chile, el Servicio Nacional de Menores y algunos municipios del país. Fue incluido dentro de las 56 medidas establecidas para los 100 primeros días de gobierno y enmarcado en el Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito 2014 – 2018 "Seguridad para Todos"[15].

Durante su primer año de implementación, el programa se integró a 14 nuevas comunas, la expansión y escalada más rápida que haya experimentado el programa MST en su historia de implementaciones a nivel mundial. Al término de ese año, se llegó a una cobertura de 27 comunas. En 2015 se sumaron 4 nuevas comunas, y desde el año 2016 la SPD está ejecutando el Programa PAIF 24 Horas en 36 comunas a nivel nacional.

En cuanto a sus objetivos, el objetivo de política pública o fin del programa es contribuir al ejercicio pleno de los derechos de las familias de los niños y niñas y adolescentes del país, por medio del robustecimiento de la institucionalidad pública y la coordinación de las intervenciones orientadas a la familia. A nivel de objetivo específico o propósito del programa es reducir el ingreso o reingreso por comisión de delitos a unidades policiales,

[15] Este Plan declara ser parte de avances y aprendizajes en la materia por parte de gobiernos anteriores, y estar construido sobre los pilares de: la información para apoyar los procesos de toma de decisiones; la participación ciudadana en el diseño y ejecución de las acciones de seguridad en los distintos niveles del Gobierno; la coordinación de los sectores y/o agencias del Estado que contribuyen, desde sus especificidades, a la reducción del delito y el temor; la focalización territorial en barrios; y el liderazgo local, entendido como la capacidad de los alcaldes y gestores locales de liderar los procesos de formulación e implementación de la política de seguridad y prevención (Ministerio del Interior, 2014) (SPD, 2016). Específicamente, la ampliación del programa 24 Horas de 14 a 36 comunas antes del 2018 se encuentra dentro del ámbito "Nueva institucionalidad en materia de reinserción y apoyo a víctimas de delitos", y de la prioridad Nº5 "Aumentar la oferta programática en materia de reinserción social y laboral" (Ministerio del Interior, 2014).

de niños, niñas y adolescentes que presenten factores de riesgo socio delictual, por medio de una intervención familiar, integral y coordinada (SPD, 2015)[16].

Para estos efectos, el programa supone la implementación de dos componentes ejecutados por dicha Subsecretaría, Detección Temprana y Terapia Multisistémica, y que responden a los siguientes objetivos:

- Especialización de evaluación diagnóstica o de riesgo socio-delictual y referencia de los casos;
- Aumento y especialización de la oferta de atención de aquellos casos que presentan mayor perfil de riesgo socio delictual, NNA que están cometiendo delito de manera reincidente y/o que están en riesgo de hacerlo;
- Coordinación entre actores involucrados en la derivación y atención de casos al sistema de atención, a través de las Mesas de atención de casos.

En la implementación del Programa PAIF 24 Horas existen diversos organismos públicos involucrados. A nivel central, se encuentra la Zonafam de Carabineros de Chile, la SPD con sus equipos técnico-clínicos, y Sename del Ministerio de Justicia, que aporta con sus diferentes dispositivos de atención preferente en materia de protección en 15 comunas[17].

La implementación y ejecución a nivel local se realiza mediante convenios de colaboración con los gobiernos locales, municipios o intendencias regionales, que operan como organizaciones encargadas de participar del proceso de selección y ulterior contratación de los profesionales, disponer los recursos monetarios y no monetarios necesarios para la adecuada ejecución del programa, apoyar a la SPD en la adecuada gestión de este, entre otros. En este contexto, están instalados los equipos EDT y MST, y las mesas de gestión de casos –en las cuales participan y convergen distintos programas de la red comunal para la atención de la población infanto-juvenil-.

Finalmente, participa la organización extranjera MST Group, LLC la cual entabla una vinculación técnica con la SPD para la implementación de MST.

[16] Cabe señalar que no se encontraron el propósito y objetivos del Programa 24 Horas claramente explicitados en otros documentos revisados.

[17] El PAIF 24 Horas, junto a los programas a cargo del Departamento de Protección de Derechos (Deprode) 24 Horas, dependiente de Sename, componen el Circuito 24 Horas. La oferta de Sename, al año 2015, se ejecutaba en las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana, Peñalolén, Pudahuel, Recoleta, Puente Alto, Lo Espejo, Valparaíso, Los Ángeles, Coquimbo, Arica, Alto Hospicio, Antofagasta y Calama.

4.2.1 Áreas geográficas donde se implementa

A partir del año 2013, la priorización de las comunas donde se implementaría el Programa PAIF se realizó a través de un índice socio-delictual e indicadores de vulnerabilidad comunales. Esto, con el principal objetivo de medir y unificar las necesidades de implementación desde una lógica técnica, en lo que podría ser catalogado como una innovación del mismo Programa respecto a sus antecesores.

Este índice reúne información por comuna con más de 50.000 habitantes, correspondiente a 85 comunas a nivel nacional, y permite ordenar de mayor a menor el nivel en que se presentan dos variables: factores de riesgo territoriales (índice de factores de riesgo) y la frecuencia (número de NNA) por comuna de los infractores de ley, inimputables y vulnerados en sus derechos de 1 a 17 años, registrados por Carabineros en el listado del Programa 24 Horas. Esto genera un ranking que ordena de mayor a menor qué comunas presentan en mayor grado esta problemática (SPD, 2015).

Entre el año 2012 y diciembre del 2016, el Programa PAIF 24 Horas pasó de estar operativo en 8 a 36 comunas del país, aumento progresivo de cobertura del programa a nivel comunal por año de implementación detallado en la tabla Nº4. Cabe destacar que a partir del 2016 se incorpora la modalidad de implementación a través de Intendencias Regionales en Antofagasta y Tarapacá, la cual administra a las comunas de Iquique y Alto Hospicio. [18]

[18] Esta iniciativa fue desarrollada tras ciertas dificultades en la implementación, específicamente con aspectos vinculados los convenios entre la SPD y algunos municipios, y a la rendición de los recursos públicos traspasados por la Subsecretaría a los mismos para la ejecución de otros programas de Seguridad a nivel comunal.

Tabla 4: Cobertura del Programa PAIF 24 Horas, por comuna y año de implementación.

Año	Comunas	
2012	1. Recoleta	5. La Florida
	2. Puente Alto	6. La Pintana
	3. Valparaíso	7. La Granja
	4. Lo Espejo	8. Pudahuel
2013	1. Peñalolén	4. Temuco
	2. San Bernardo	5. Puerto Montt
	3. Los Ángeles	6. Maipú 1 (*)
2014	1. Cerro Navia	8. Coquimbo
	2. Quilicura	9. Rancagua
	3. El Bosque	10. Talca
	4. San Joaquín	11. Viña del Mar
	5. Arica	12. San Ramón
	6. Antofagasta	13. Conchalí
	7. Calama	14. Estación Central
2015	15. Maipú 2 (*)	17. Pedro Aguirre Cerda
	16. Lo Prado	18. Lampa
2016	19. Alto Hospicio	22. Macul
	20. Iquique	23. Renca
	21. Copiapó	

(*) En Maipú el programa tuvo un periodo de suspensión, por ello se considera dos veces (los reportes correspondientes al año 2013 se consideran independientes a los generados en 2015-6).

4.2.2 Beneficiarios

La población potencial definida son las familias, cuyos niños, niñas y/o adolescentes presenten situaciones de vulneración en sus derechos y/o comportamiento infractor a la ley, en las comunas focalizadas por el programa. A partir de los datos aportados por los Equipos de Detección de Casos, en 2015 se estimó que la población potencial alcanzaba entre las 32.000 y 48.000 NNA y sus familias.

Por su parte, se entiende que la población objetivo son todos los niños, niñas y adolescentes entre 10 y 17 años 11 meses cumplidos al momento de la derivación al Programa, y que presenten conductas transgresoras o asociadas a infracciones de ley y/o que hayan ingresado por una o más veces a unidades policiales en calidad de infractor de ley o inimputable. Todos los casos deben tener residencia en la comuna focalizada para ser evaluados por el Equipo de Detección Temprana.

Para priorizar la población objetivo se utilizó el índice socio-delictual o indicador de la vulnerabilidad comunal asociada a conductas delictivas de menores de edad

anteriormente descrito, así como el instrumento ASSET, protocolo estructurado que evalúa factores de riesgo socio-delictual y que permite detectar perfiles de riesgo, priorizándose para la derivación a MST aquellos del perfil de riesgo alto (21 puntos o más en el instrumento ASSET).

4.2.1 Metas, productos y resultados declarados

A continuación, se presentan las metas generales y por componentes del programa PAIF 24 Horas[19]. La revisión documental realizada permite afirmar la dificultad por hallar los criterios utilizados para calcular las metas del programa (no se encontró el cálculo actualizado anualmente para la población potencial), para expresar la medición de las metas (no se explica que las unidades de medidas sean familias y NNA, en ocasiones usadas de manera indistinta) así como información concentrada y sistematizada relativa a este aspecto a lo largo de los años de ejecución del programa.

Para presentar las metas comprometidas del programa y por componentes en términos cuantitativos fue necesario revisar distintas fuentes, información que se presenta en la siguiente tabla, resumida por año de ejecución del programa

Tabla 5: Metas del programa PAIF 24 Horas, por año de ejecución.

Año/Meta	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Meta población objetivo (familias)	s/i	s/i	s/i	3.230	10.440	10.440
Terapia Multisistémica: Cantidad de niños, niñas y/o jóvenes y sus familias atendidos.	s/i	s/i	s/i	1.550	2.060.	2.300
Detección Temprana (ex EGCC): Cantidad de niños, niñas y/o jóvenes y sus familias evaluados.	s/i	s/i	s/i	7.047	8.600	10.500
Comunas incorporadas al Programa Vida Nueva/24 Horas.	8	6	14	4	5	0.

Fuente: elaboración propia en base a: SPD (2015), SPD (2016).

[19] Para abordar este tema se utilizaron varias fuentes de información, especialmente el "Formulario de presentación de programas sociales nuevos para la evaluación ex-ante del Programa PAIF", elaborado por la SPD en 2015 y el informe "Lineamientos y Metas Programa de Atención Integral Familiar (PAIF) 24 Horas", elaborado por la misma institución en 2017.

Por otra parte, entre agosto del 2012 y diciembre de 2016, los productos y resultados declarados del programa[20] fueron los siguientes (SPD, 2017):

- 27.382 niños, niñas y adolescentes fueron evaluados por los Equipos de Detección Temprana, quienes han sido detenidos o conducidos por Carabineros a una comisaría, con motivo de alguna transgresión de norma, infracción de ley o referidos por otro medio.
- 5.052 niños, niñas y adolescentes y sus familias han sido atendidos por los equipos de Terapia Multisistémica.
- 4.395 niños, niñas y adolescentes y sus familias han egresado del programa MST, de estos, 4.068 casos corresponden a los criterios de egreso 1, 2 y 3 que se asocian, según la evidencia, al tratamiento brindado por el Programa.

Cabe señalar que no es posible analizar la relación entre las metas propuestas y los resultados obtenidos dada la falta de antecedentes respecto a las primeras.

4.2.2 Presupuesto

A diferencia de las formas de financiamiento del programa MST en otros lugares del mundo, en Chile existe presupuesto anual disponible para su ejecución proveniente de la Subsecretaria de Prevención del Delito del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En términos de ejecución presupuestaria, anualmente se tramitan los convenios interinstitucionales desde la SPD con las correspondientes instituciones a nivel comunal (en la mayoría de los casos, las Municipalidades), y se transfieren los recursos financieros comprometidos a cada comuna para ejecutar el PAIF 24 Horas. Cabe señalar que hasta el año 2015, cada componente del programa suponía un convenio independiente, situación que se modificó con el objetivo de mejorar la gestión.

En la Tabla Nº6 se presentan las transferencias corrientes a instituciones ejecutoras realizadas por la SPD a nivel agregado (total anual), incluyendo el presupuesto estimado para el año 2018.

Tabla 6. Inversión del programa PAIF 24 Horas, transferencias corrientes.

Año	Monto M$	N° Comunas

[20] La versión actualizada de esta información fue brindada por la Subsecretaría de Prevención del Delito en abril del presente año (SPD, 2016).

2012	$1.443.000	8
2013	$1.628.518	13
2014	$2.225.318	27
2015	$3.500.178	31
2016	$4.401.950	36
2017	$4.758.777	36
Total inversión (real)	**$17.957.742**	**n/a**
2018	$4.996.716	Reajuste del 5% aproximado respecto del año 2017 (monto que puede variar en el diseño del presupuesto exploratorio)
Inversión total + año 2018 (estimado): $22.954.457		

Fuente: Departamento de Reinserción Social- SPD

En el anexo nº2 se presenta el detalle de los recursos comprometidos en los convenios entre la SPD y las municipalidades y/o intendencias por componente del Programa y año de ejecución de este. En términos generales, los montos convenidos con cada comuna experimentan algunas variaciones en sus ítems, por ejemplo, según gastos diferenciados en traslados o servicios básicos. Se observa un aumento anual del presupuesto asignado a cada componente, el que contempla recursos provenientes de la SPD y de la organización municipal y/o intendencia. La excepción la constituyen Renca, Copiapó y Macul en 2016, dado que el convenio contemplaba la ejecución del programa sólo durante 6 meses (fueron firmados en julio y/o agosto del mismo año). Se observa también que en el caso de San Joaquín tuvieron que firmarse dos convenios por un monto de $ 63.576.918, lo que responde a aspectos administrativos vinculados a la imposibilidad de presentar las garantías requeridas por parte de la Corporación Municipal que aloja al programa.

4.3 Componente Detección Temprana[21]

El primer componente del Programa PAIF 24 Horas, esto es, el Equipo de Detección Temprana, oficia como puerta de entrada a la oferta de intervención especializada disponible a nivel comunal para niñas, niños y adolescentes que han entrado en contacto con Carabineros u otras instancias de la red de infancia local por infracción de ley o

[21] Para la elaboración de este apartado se utilizaron distintas fuentes de información, siendo la principal el "Manual de procedimiento de Detección Temprana 2015" (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2015), material que se encontraban a disposición del equipo evaluador al momento de la redacción del informe. No obstante, existen documentos más actualizados en los cuales la estructura y contenido de la información ha experimentado algunas modificaciones. Éstos fueron utilizados de forma complementaria para precisar ciertos ajustes realizados al diseño durante la ejecución del programa. Para mayor detalle, revisar (SPD, 2017). Para mayor detalle sobre este componente, revisar Anexo Nº1.

conductas transgresoras. Ello, luego de que la dupla de profesionales de las ciencias sociales que conforma el equipo EDT aplica un instrumento de origen británico llamado ASSET. En función de los resultados obtenidos, los casos son derivados a una batería de programas apropiados a sus condiciones específicas (Terapia Multisistémica u otros programas afines).

De manera complementaria, este componente admite derivaciones por parte de juzgados de familia, servicios de salud primaria, establecimientos educacionales y/o programas de Sename, entre otros programas o redes institucionales locales, así como también por demanda espontánea.

Cabe señalar que el ingreso de casos al componente es voluntario, y se realiza previo consentimiento informado del adulto responsable.

4.3.1 Objetivos

El objetivo general de EDT es evaluar y derivar a las niñas, niños y adolescentes que presentan conductas transgresoras y factores de riesgo socio-delictual a instancias especializadas –entre ellas, el componente MST- de acuerdo con su perfil y/o compromiso socio delictual, para interrumpir el inicio a carreras delictivas.

Por su parte, los objetivos específicos son los siguientes:

- Realizar la oportuna detección y evaluaciones de los NNA residentes en cada comuna priorizada, que presentan conductas transgresoras y factores de riesgo socio-delictuales.
- Asegurar la adecuada derivación del NNA residente en cada comuna priorizada que requiera de intervención especializada de acuerdo con su perfil de riesgo, así como el monitoreo constante del mismo durante su paso por el programa de atención correspondiente.

4.3.2 Población objetivo

En 2015, se estimó que la población objetivo correspondía a 3.230 familias aproximadamente, que vivían en 31 comunas focalizadas por sus altos índices de riesgo socio delictual, es decir que presentan un nivel de riesgo medio a alto (según puntaje de instrumento ASSET).

4.3.3 Actividades

A continuación, se presentan los principales elementos de las actividades realizadas por los equipos EDT en relación con MST (SPD, 2017), con el objetivo de facilitar al lector la comprensión del funcionamiento del Programa PAIF 24 Horas de manera más amplia.

4.3.3.1 Detección de Potenciales usuarios del programa.

Como fue señalado, los potenciales usuarios pueden ingresar al componente EDT por distintas vías y orden de prioridad.

- Usuarios A, primera prioridad para ser evaluados. Casos de NNA inimputables provenientes del Listado 24 Horas.
- Usuarios B, segunda prioridad para evaluación. NNA que presentan conductas transgresoras o delictivas –ya sea que estén en el Listado, que hayan sido detectados por otras instituciones de la red local o bien que sus familias lo soliciten (demanda espontánea).
- Usuarios C, tercera prioridad para ingresar a evaluación. Adolescentes infractores de ley en proceso penal o condenado por Ley RPA, que voluntariamente quieran participar y estén cumpliendo Salidas Alternativas, Servicios Comunitarios, Libertad Asistida y/o Libertad Asistida Especial. Respecto a este grupo, cabe destacar que, para la derivación, una vez aplicado el *screening* de riesgo, se considera la necesidad del apoyo de MST para el complemento del cumplimiento de la sanción.
- Usuarios D, cuarta prioridad. Adolescentes que se encuentren en régimen semi-cerrado pero que cuenten con un permiso especial que les permita pernoctar al menos 3 veces a la semana en su domicilio (usualmente, aquellos en fase de preparación para el egreso).

En la planilla de registro, los casos de potenciales usuarios son priorizados en un ranking que considera criterios como edad del NNA (entre 10 a 13 años 11 meses), presencia de conductas transgresoras o infracciones de ley[22], NNA fuera del sistema escolar o en riesgo de expulsión, con consumo habitual de sustancias, entre otros.

En resumen, las acciones contempladas son las siguientes:

[22] En aquellos que provienen del PSI 24 Horas, se considera un mayor número de ingresos al Listado; tipo de delito (contra la integridad física y psíquica de las personas, seguido de delitos contra la propiedad y luego por Ley 20.000 de Drogas), y; fecha de ingreso al listado (más reciente tiene prioridad) (SPD, 2015).

- Recepción de casos del Listado PSI 24 Horas, ingresados por vulneración de derechos y comisión de delitos (inimputables e infractores) que son informados a los Municipios.
- Derivación de NNA ingresados bajo la categoría "vulnerados en sus derechos" a la Oficina de Protección de Derechos o a quien designe el Municipio.
- Identificación de potenciales usuarios: prioridad de casos del Listado según puntaje más alto en la ponderación de criterios de edad, Nº de reingresos al Listado por comisión de delitos, tipo de delito y fecha de ingreso al listado.
- Identificación de potenciales usuarios: dar prioridad a los casos que contactan con el programa por otras vías de ingreso.
- Evaluar viabilidad de la visita de potenciales usuarios priorizados: chequear domicilio señalado (corresponde o no a la comuna) y vigencia de los casos en otros programas de intervención.
- Detección de otros potenciales usuarios/as: Adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años ingresados al sistema por demanda espontánea, con conductas delictivas sancionadas (excluyendo sistema cerrado o semi-cerrado) o no sancionadas.

4.3.3.2 Evaluación de riesgo socio-delictual de potenciales usuarios/as del programa.

A diferencia de otros países, quienes estuvieron a cargo del diseño del programa en Chile concibieron el funcionamiento de MST de manera articulada con un componente de evaluación de casos, para lo cual resultaba fundamental la utilización de un instrumento estructurado de diagnóstico o evaluación[23]. Esto, dada la evidencia existente de que aquellos niños o adolescentes que toman contacto con el sistema judicial habitualmente *tienen* necesidades y dificultades (también llamados factores de riesgo socio-delictuales) posibles de ser identificados mediante instrumentos estructurados.

Para este fin, a partir del año 2012 se utiliza en Chile la versión validada en Inglaterra y Gales del instrumento ASSET, que apunta a analizar la(s) infracción(es) cometida(s) por el NNA e identificar múltiples factores o circunstancias –desde la falta de educación a problemas de salud mental- que podrían haber contribuido a este tipo de comportamiento (SPD, 2015, pág. 3). El instrumento contempla 12 dimensiones de análisis

[23] En el marco del Programa Vida Nueva, los equipos de gestión de casos comenzaron utilizando una adaptación al contexto chileno del instrumento de diagnóstico de origen inglés ONSET, que recogía variables asociadas a la vulneración de derechos, factores de riesgo y factores protectores. Este instrumento estaba dirigido a pesquisar comportamientos desviados en general y no necesariamente aquellos que revisten carácter de delito (Minjus - MInterior, 2012).

(presentadas en la tabla Nº7), a partir de las cuales es posible generar una imagen abreviada pero comprensiva tanto del joven como de aquellos aspectos que puedan influenciar su comportamiento infractor.

Tabla 7. Factores de riesgo dinámicos evaluados en instrumento ASSET

Factores de riesgo socio-delictual	
Condiciones del hogar	Salud física del joven
Relaciones familiares y personales	Salud mental y emocional del joven
Educación, capacitación y empleo	Auto percepción del joven y su percepción de otros
Contexto comunitario	Pensamiento y comportamiento del joven
Estilo de vida del joven	Actitudes del joven hacia la infracción
Uso de drogas y/o alcohol del joven	Motivación al cambio

Fuente: SPD (2015)

Los profesionales de EDT evalúan las preguntas de cada una de estas áreas, las que pueden ser (a) objetivas/fácticas y descriptivas, p.ej. relativas a información personal, detalles, análisis e historial de la infracción o transgresión a la norma, y; (b) dicotómicas, respecto a la presencia/ausencia de distintas situaciones correspondientes a los 12 factores anteriormente presentados. Respecto a este segundo tipo de preguntas, se solicita el registro de la "evidencia" recogida en una o más entrevistas con distintas fuentes de información[24], a modo de respaldo de las decisiones y juicios del profesional.

En cada uno de los factores se solicita el juicio profesional respecto a la relación existente entre la sección analizada y la probabilidad de que el NNA cometa otros delitos a futuro, instrumentalizado en la asignación de un puntaje en una escala entre 0 y 4. Por ejemplo, un puntaje 0 en la sección condiciones del hogar indica que no hay ninguna relación entre éstas y la comisión de delitos, mientras que 4 puntos indica que será un factor dominante en problemas relativos a la infracción de cualquier tipo.

De este modo, el instrumento arroja un puntaje de riesgo socio-delictual total del caso a partir de la multiplicación simple del número de factores evaluados (12) y el puntaje en la escala de relación sección/probabilidad de comisión de delitos (0 a 4). El puntaje de riesgo puede tomar valores entre 0 y 48, siendo 0 cuando en todas las secciones no hay ninguna

[24] Desde la SPD se señala que varias de las preguntas del instrumento son "objetivas y descriptivas" (SPD, 2015, pág. 4) y que constituyen posibles fuentes de información: el NNA y su familia, profesionales de programas de protección o justicia juvenil de Sename, profesionales de la red de asistencia municipal o de ONGs, entre otros (SPD, 2015, pág. 6).

relación con la comisión de delitos (12*0), y 48 cuando todos los factores identificados tienen una fuerte relación con la comisión de delitos (12*4). A mayor puntaje final del NNA, mayor probabilidad de que cometa futuras infracciones.

En el marco del programa PAIF, la información del ASSET es utilizada en tanto insumo para el diseño del plan de intervención a realizar con la familia por MST, como para la derivación de casos a programas del área en base a perfiles de riesgo: alto (21 y más puntos, potenciales usuarios de MST), mediano (8 a 20 puntos) y bajo (0 a 7 puntos). Cabe señalar que los puntajes de corte de cada tramo fueron establecidos de manera arbitraria y sin haber realizado previamente la validación del instrumento en Chile

En síntesis, las acciones contempladas son:

- Visita domiciliaria del profesional a la familia y/o al adulto responsable del caso en su domicilio presentando los objetivos de la visita, el programa, y el consentimiento informado requerido. El proceso continúa cuando éste ha sido firmado, aun cuando él o la joven no consienta participar.
- Entrevista y *screening* de factores de riesgo socio-delictuales mediante aplicación de ASSET para comprender la conducta antisocial o infracciones cometidas por el NNA. La sumatoria de las secciones del instrumento arroja tres perfiles de riesgo: alto, mediano y bajo.
- En función del resultado de esta evaluación y las necesidades específicas de la familia y el o la joven, se determina el tipo de intervención requerida.

4.3.3.3 Derivación del caso.

Una tercera actividad del componente es la derivación del joven y su familia al programa de intervención que corresponda y de acuerdo al perfil socio-delictivo del usuario. Para ello, se informa al director del equipo de intervención que corresponda y luego a la familia sobre el tiempo de espera para ingresar al programa.

4.3.3.4 Seguimiento y monitoreo de los casos derivados a programas de intervención, y evaluación de egreso de los casos atendidos por MST.

Durante la intervención, el equipo debe hacer seguimiento periódico del caso, actualizando la información correspondiente en la planilla de registro. Al egreso de MST se

señala que debe re-aplicarse el instrumento ASSET, entendido como parte del proceso de evaluación de resultado del programa en general más que como indicador de desempeño.

4.3.3.5 Consideraciones para la gestión en Red.

Se establece que el equipo EDT participe de reuniones de coordinación comunales para difundir el objetivo y su metodología de trabajo, así como para dar a conocer el modelo de Terapia Multisistémica y conseguir derivaciones al programa. En la práctica se observa que, en algunas comunas, la dupla convoca a otros actores locales a las denominadas "mesas de gestión de casos".

4.4 Componente Terapia Multisistémica[25]

La Terapia Multisistémica (MST por sus siglas en inglés) es un tratamiento intensivo en el ámbito familiar y comunitario, dirigido a adolescentes con comportamientos antisociales graves incluyendo a toda la familia en la atención. MST ha generado un modelo de atención en el hogar, para soslayar las barreras de acceso al servicio, presentando un sistema de aseguramiento de la calidad sólido, orientado a promover y mantener la fidelidad al tratamiento. Fue creado en Estados Unidos e implementado en distintos países del mundo para abordar el tratamiento de problemas severos de conducta, incluyendo consumo de drogas y delincuencia en NNA entre 12 y 17 años (SPD, 2015).

Los terapeutas de MST abordan factores de riesgo asociados a conductas disruptivas y/o delictivas a nivel individual, familiar, de pares y directamente en el contexto comunitario donde las familias viven, con alta intensidad de atención de acuerdo a las necesidades de la familia. Para esto, el sistema de intervención ofrece el servicio en modalidad 24 horas/7 días a la semana con atención telefónica y presencial de un terapeuta altamente especializado, existiendo siempre un terapeuta de MST y/o un supervisor clínico del equipo disponible para las atenciones que sean requeridas (Henggeler y Sheidow, 2012).

Con esto, se busca mejorar el funcionamiento de la familia para que los padres o cuidadores mejoren sus estrategias de control social informal y de este modo contribuyan

[25] Para describir este componente, se utilizaron distintas fuentes de información disponibles para el equipo evaluador al momento de realizar el análisis. No obstante, existen documentos elaborados por la SPD más actualizados que los utilizados, los que fueron utilizados de forma complementaria para precisar ciertos ajustes realizados al diseño durante la ejecución del programa.

a reducir la manifestación de problemas conductuales que pueden entrar en conflicto con la justicia, reduzcan su participación en delitos, se mantengan o ingresen al sistema educativo y reduzcan el consumo de drogas, si lo hubiere.

En Chile, MST es parte del Programa PAIF 24 Horas, implementado por la Subsecretaría de Prevención del Delito en convenio de licenciamiento y asesoría técnica con MST Group LLC (SPD, 2017). Este programa ofrece una alternativa de tratamiento para aquellas familias con niños, niñas y adolescentes que requieren intervención de alta intensidad por tener un perfil socio-delictual alto en el instrumento ASSET. Esta estrategia de aseguramiento del perfil del sujeto de atención definido para este nivel de atención es una variante de la implementación del programa MST en Chile, y corresponde a la lógica del programa 24 Horas.

A continuación, se describen los principales elementos del modelo original de MST, para luego profundizar en algunas características del componente MST en el marco del Programa PAIF 24 Horas.

4.4.1 Descripción del Modelo Terapia Multisistémica

MST utiliza un modelo que en EE. UU. se denomina de "prestación de servicios de preservación familiar", que proporciona atenciones por tiempo limitado (de 4 a 6 meses generalmente) a toda la familia. Los equipos de tratamiento constan de psicólogos clínicos, asistentes sociales con especialización en intervención social, y consejeros familiares con formación en intervención familiar, que son supervisados por psicólogos o psiquiatras acreditados. Estos tienen un número pequeño de casos (de 4 a 6 familias por terapeuta) y están disponibles para los usuarios los 7 días de la semana las 24 horas del día a través de soporte telefónico o de índole presencial cuando el caso lo requiera en los horarios de fines de semana o nocturno (Littel, Popa y Forsythe, 2005).

Esta modalidad de tratamiento considera al sistema familiar como un elemento fundamental para la obtención de resultados favorables, promoviendo el funcionamiento familiar como mecanismo clave para el cambio clínico (Henggeler y Sheidow, 2012). La metodología consiste en la realización de varias sesiones de tratamiento a la semana tanto con el niño como con sus padres, hermanos, amigos y profesores. La atención se realiza en distintos espacios de socialización del niño, niña o adolescente, atendiendo todas las condiciones de riesgo socio delictual presentes en los adolescentes, en su familia, grupo de pares, entorno escolar y comunitario (MST Services, 2015a).

En términos estrictos, “el cliente” de MST es todo el sustrato “ecológico” donde se inserta el usuario, es decir familia, pares, escuelas y barrio –comunidad- fundamentándose en la teoría social ecológica de Bronfenbrenner, la cual plantea múltiples determinaciones del comportamiento humano. En este modelo teórico el ser humano se desenvuelve en diversos sistemas, los cuales a su vez contienen numerosos subsistemas. Los primeros refieren a familia, pares, escuela y comunidad entre otros y los subsistemas corresponden a los hermanos y familia extendida, entre otros (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 2009). De esta manera, esta teoría estipula la necesidad de entender la conducta del joven en su propio contexto (validez ecológica de la intervención), a diferencia de otros múltiples programas donde el usuario es el que acude al contexto de atención alejado de la realidad habitual donde se expresan las problemáticas.

En este sentido, un aspecto fundamental de MST es su énfasis en la promoción del cambio conductual en el entorno natural del joven. De ahí que el objetivo general sea empoderar a los *padres* (entendidos de forma amplia, en tanto adultos cuidadores o apoderados del joven) con las habilidades y recursos necesarios para enfrentar de manera independiente las inevitables dificultades que surgen en la crianza, así como empoderar a los jóvenes a enfrentar problemas con sus familias, pares, escuelas y barrios (MST Services, 2014).

Figura 2: Modelo ecológico-social

Fuente: MST Overview for Chile 2012-2013. Swenson, M. (2011).

Las áreas que se potencian en el tratamiento de MST aluden a: aumentar las habilidades de crianza de los cuidadores, mejorar las relaciones familiares, generar relaciones de pares

con amigos que no participan en actividades delictivas, ayudarle a los niños y adolescentes a obtener mejores calificaciones o comenzar a desarrollar inserción laboral. Asimismo, se promueve que los adolescentes participen en actividades positivas como deportes o clubes escolares, con el objetivo de crear una red de apoyo de la familia extendida, donde vecinos y amigos pueden ayudar a que los cuidadores mantengan los cambios producidos por la intervención (MST Services, 2015a).

En términos de tratamiento, MST se basa en la capacidad de identificar los aspectos necesarios de intervenir a través del denominado "proceso analítico" donde se identifican las conductas o factores de riesgo a cambiar, se identifican las metas que la familia desea como cambio esperado, y se priorizan las metas a conseguir. El terapeuta es encargado de comprometer a la familia y otros actores clave de la ecología del joven (como profesores o trabajadores de instituciones o programas a los que han sido derivados anteriormente, por ejemplo) y son los responsables de lograr cambios y resultados positivos. En ese sentido, no se atribuye como problema o responsabilidad de la familia la falta de compromiso o malos resultados de la intervención (MST Services, 2014).

Para lograr los resultados esperados existen nueve principios que son la base de las intervenciones, siendo estos 9 principios los que guían todo el tratamiento y permiten a los terapeutas y supervisores tener un diseño de implementación del modelo y la fidelidad del tratamiento a través de los cuales son medidos (Henggeler et al, 2009):

1. Encontrar el ajuste: refiere a la comprensión e identificación de los problemas que se "ajustan" a la situación del adolescente y su familia.
2. Focalización en aspectos positivos y fortalezas: los contactos con el terapeuta deben enfatizar los aspectos positivos y los recursos con los cuales cuenta la familia como "palancas" de cambio.
3. Aumento de responsabilidades: las metas que se propone el programa buscan la responsabilización de la familia y el adolescente incluyendo aspectos de límites y disciplinas y también la expresión de afectos positivos entre sus miembros.
4. Centrado en el presente, orientado a la acción y problemas a trabajar bien definidos: se define claramente junto a la familia los problemas y los criterios para asumir como exitoso el cambio positivo en algunos de los problemas definidos.
5. Objetivos secuenciados: las intervenciones debieran orientarse a secuencias de comportamientos dentro y entre los múltiples sistemas que mantienen los problemas identificados.

6. Apropiados al nivel de desarrollo: atender al nivel del desarrollo evolutivo y a las necesidades de acuerdo con estos criterios.

7. Esfuerzo continuo: los procedimientos son diseñados para requerir del esfuerzo diario o semanal del joven y su familia.

8. Evaluación y "rendición de cuentas": la eficacia de la intervención se evalúa continuamente desde múltiples perspectivas. Los profesionales deben rendir cuenta de los obstáculos para la obtención de resultados exitosos en algún área específica.

9. Generalización: las intervenciones son diseñadas para promover la generalización de los resultados a otras áreas del funcionamiento familiar y para lograr la mantención de los resultados terapéuticos a largo plazo, mediante el empoderamiento de un adulto significativo que responda a las necesidades de los miembros de la familia en múltiples contextos.

Figura 3: Proceso analítico MST

Fuente: MST Overview for Chile 2012-2013. Swenson, M. (2011).

El modelo de tratamiento de MST integra enfoques de tratamiento basados en evidencia empírica, para crear un marco ecológico amplio que aborda una diversidad de factores pertinentes en todos los contextos de familia, pares, educación/escuela y comunidad. Las intervenciones MST normalmente son adaptadas e integradas a partir de tratamientos

prácticos enfocados en los problemas y que tengan al menos algo de apoyo empírico (MST Services, 2014). Las técnicas con las que cuenta el modelo se basan en diversos enfoques de intervención clínico-familiar, entre estos la terapia conductual, entrenamiento en manejo parental, terapia cognitiva-conductual, terapia familiar, terapia estratégica familiar e intervenciones farmacológicas cuando es requerido, por ejemplo, en SDA-H (Swenson, 2011).

4.4.2 Objetivos

El objetivo general declarado del programa es empoderar a los padres a través del desarrollo de habilidades y recursos necesarios para enfrentar las dificultades que surgen al criar niños y adolescentes, y de manera similar, empoderar a los jóvenes para afrontar sus problemas con la familia, los pares, la escuela y el barrio.

Por su parte, los objetivos específicos son los siguientes:

- Que el niño, niña o adolescente esté viviendo en su hogar (definido como un espacio privado de residencia que es aprobado por sus padres o cuidadores).

- Que el niño, niña o adolescente esté asistiendo a la escuela, liceo o escuela de nivelación, y/o, si tiene la edad mínima legal para trabajar, tiene empleo formal y remunerado, autorizado por sus cuidadores.

- Que el niño, niña o adolescente no haya sido detenido o conducido a una unidad policial durante el tratamiento de MST.

4.4.3 Actividades

En la tabla a continuación se presenta una síntesis de los procedimientos o actividades del programa MST, así como sus principales características, enfatizando en aquellas que resultan relevantes para los objetivos del estudio[26].

Tabla 8: Actividades por componente MST.

Actividad	Descripción
Procedimiento de derivación	• Comunicación y coordinación directa: con EDT para la derivación y apertura del caso, así como con la familia para

[26] Para mayor detalle sobre este punto, revisar Anexo Nº1.

	realizar el contacto inicial y presentar el programa. • El inicio del tratamiento requiere la firma del consentimiento informado. • Se introducen los datos de la familia a la plataforma MSTI para dar inicio al proceso de aseguramiento de la calidad.
Tratamiento de MST	• Se establecen los objetivos generales y específicos a trabajar con cada familia durante la intervención, así como la duración estimada del tratamiento.
Egreso del caso	• Se establecen los criterios de egreso del caso, incluyendo una revisión de su progreso y las razones para el cierre. • Se consigna el logro de resultados instrumentales y finales en la plataforma MSTI. • Evaluación posterior al egreso (innovación del PAIF 24 Horas): re-aplicación del instrumento ASSET, sus resultados no son utilizados como criterio exclusivo para el egreso.
Comunicando los resultados a los actores claves	• Se establece el reporte de resultados a la fuente de derivación del caso, así como a los actores claves del nivel local a través de la instancia de presentación del PIR.

Fuente: elaboración propia en base a (SPD, 2015) (SPD, 2017).

4.4.4 Cobertura

De acuerdo con el modelo original de MST, la población objetivo está compuesta por niños y adolescentes entre 12 a 17 años que presentan problemas con la justicia y que son derivados desde los juzgados para rehabilitación. Al momento de diseñar el Programa 24 Horas se consideró la caracterización de NNA involucrados en conductas delictivas o transgresoras del Listado de Carabineros de Chile, en el cual había niños y niñas menores de 12 años, aunque en una menor proporción respecto a otros tramos de edad. Por esta razón se decidió hacer un ajuste a la edad de ingreso al Programa e incluir a niños y niñas de 10 y 11 años, previo acuerdo y aprobación de MST Services.

De este modo la población objetivo de MST en Chile son todos los niños, niñas y adolescentes que tengan entre 10 a 17 años 11 meses de edad al momento de ser consignados en los registros policiales de Carabineros, y que presenten riesgo de reingresar debido a conductas antisociales o delictivas (SPD, 2015).

De esta población se selecciona a los usuarios que presenten los siguientes criterios de inclusión definidos por el modelo MST:

- Adolescentes con riesgo de ser sacados del hogar por presentar conducta trasgresora y/o delictiva, incluido el abuso de sustancias.
- Adolescentes insertos en sistemas de justicia juvenil.
- Adolescentes que hayan cometido delitos sexuales asociados a otras conductas trasgresoras y/o delictivas.

En Chile, el perfil de los jóvenes definido implica comportamientos graves de carácter delictual que normalmente incluyen: Agresión física y/o verbal, Consumo de drogas y/o alcohol, Comportamiento delictual, que incluye, por ejemplo: delitos contra la propiedad, delitos contra la integridad física y psicológica de las personas, delitos de la Ley 20.000 de drogas, etc. Y NNA que se encuentran fuera del sistema escolar o en riesgo de deserción escolar, debido a problemas de conducta o cimarra.

Se han establecido criterios para dar prioridad a la atención, constituyendo la primera prioridad aquellos NNA que cumplen con los siguientes criterios[27]:

a. Evaluación del nivel de riesgo socio delictual: alto nivel de riesgo en función del puntaje arrojado en el instrumento ASSET (21 puntos o más).

b. Edad: niños, niñas y adolescentes entre 10 años y 13 años 11 meses.

c. Fuente de derivación: jóvenes ingresados en los registros policiales Carabineros de Chile como inimputable e infractor, por faltas, simples delitos o crímenes.

d. Seriedad y frecuencia de la transgresión de normas o infracción a la ley: varias veces conducido o detenido en comisarías por delitos contra la propiedad, delitos contra la integridad física y psicológica de las personas, delitos de la Ley 20.000 de drogas, entre otros.

e. Fecha de la detención: dar prioridad de ingreso a los niños que han sido recientemente detenidos.

Por su parte, no son parte de la población objetivo aquellos jóvenes[28]:

[27] La segunda prioridad de atención se conforma a partir de: (a) Fuente de derivación: jóvenes derivados por otras fuentes (escuelas, programas sociales, consultorios, tribunales de familia, medidas y sanciones del Sistema de Justicia Juvenil que incluye a Servicio en Beneficio a la Comunidad, Salidas Alternativas y Libertad Asistida, entre otros). (b) Rango de edad: jóvenes entre 14 y 18 años.

[28] Los criterios de exclusión en Chile son los mismos que los definidos por el modelo original de MST.

- Que vivan de manera independiente o no cuenten con adultos significativos con los cuales generar un plan de intervención, pese a todos los esfuerzos para localizar a familiares, amigos y otros adultos cuidadores que podrían ser potenciales adultos responsables.
- Que hayan cometido delitos sexuales en ausencia de otro comportamiento antisocial.
- Que presentan principalmente comportamientos suicidas, homicidas o trastornos psicóticos activos.
- Que padezcan trastornos generalizados del desarrollo (trastorno autista, trastorno de Asperger, etc.).
- Que padezcan serios problemas psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno psicótico agudo).

4.4.5 Actores relevantes

Como ya ha sido señalado, en la implementación del Programa PAIF 24 Horas y específicamente en el componente MST existen diversos organismos del Estado involucrados.

La revisión de documentos oficiales del programa permite visualizar que existe claridad en los roles, tareas y/o atribuciones de la SPD, las organizaciones proveedoras, los equipos clínicos de los dos componentes del Programa, y Carabineros de Chile, los cuales han ido siendo precisados con el paso de los semestres/años de implementación. Sin embargo, esta información no fue hallada en los documentos relativos a la formulación del programa de manera concentrada. Junto a ello, las responsabilidades y funciones de dichos actores no han estado explícitamente establecidas durante la ejecución de este en todos los casos.

En el Anexo Nº1 se han sintetizado las principales funciones de las organizaciones anteriormente señaladas. En tanto actores que ejecutan o implementan el Programa MST, a distintos niveles, se profundiza en este apartado únicamente en el Departamento de Reinserción Social de la SPD, los municipios y MST Group.

4.4.5.1.1 Departamento de Reinserción Social, División de Programas y Estudios de la Subsecretaría de Prevención del Delito.[29]

La SPD constituye el órgano de colaboración inmediata del ministro del Interior y Seguridad Pública en todas aquellas materias relacionadas con la elaboración, coordinación, ejecución y evaluación de políticas públicas destinadas a prevenir la delincuencia, rehabilitar y reinsertar socialmente a los infractores de ley. En este contexto, por diseño se establece que para la implementación del Programa PAIF 24 Horas la Subsecretaría debe contar con un equipo de profesionales del nivel central debidamente calificados, que colaboren y entreguen asesoría técnica a los equipos conformados por el personal que contrate la Organización Proveedora, en cada una de las fases de su ejecución, con el objeto de garantizar un servicio dirigido a los niños, niñas y adolescentes (NNA) y sus familias con altos estándares técnicos.

Esta colaboración y asesoría técnica de la Subsecretaría de Prevención del Delito a las organizaciones proveedoras se traduce principalmente en las siguientes acciones:

- Apoyar en el proceso de reclutamiento y selección de profesionales que conforman los equipos ejecutores de ambos componentes del Programa en el territorio focalizado, a fin de garantizar que éstos cumplan con los estándares técnicos y perfil adecuado al cargo que desempeñarán.
- Apoyar en el proceso de evaluación y, en su caso, de desvinculación del personal que conforma los equipos que ejecutan ambos componentes del Programa en el territorio focalizado.
- Proporcionar entrenamiento y capacitación a la contraparte técnica que actúa en representación de la Organización Proveedora, así como al personal que ejecuta cada componente del Programa y que se desempeña en la referida organización.
- Supervisar y revisar técnicamente cada producto que sea elaborado por el equipo ejecutor de ambos componentes del Programa.
- Brindar a los equipos ejecutores alertas de tipo administrativo, técnico y clínico, y apoyar en la resolución de los probables nudos críticos o barreras identificadas en la ejecución del Programa.

Para llevar a cabo dichas acciones, a la fecha el Departamento de Reinserción Social está integrado por 16 profesionales que se desempeñan en los siguientes cargos: jefe del

[29] La descripción del rol y acciones a cargo de la SPD se rescata del documento "Lineamientos y metas PAIF 24 Horas" en su versión 2017. Cabe señalar que este nivel de detalle en la descripción no fue hallado en versiones anteriores del mismo documento.

Departamento (1 profesional), Coordinador del Departamento (1 profesional), Profesional del equipo técnico (3 profesionales), Consultor experto de MST (4 profesionales), Coordinador o Gestor Comunal (5 profesionales), y Profesional del Centro de llamados MST (2 profesionales).

Una de las debilidades halladas en la revisión, es la inexistencia de un organigrama del Departamento, así como una descripción detallada de las tareas y/o perfil de cargo de cada profesional que lo integra, exceptuando los cargos que vienen definidos por el modelo de MST.

4.4.5.1.2 Organización proveedora: Municipios o Intendencias regionales.

Los compromisos que deben asumir las organizaciones del nivel local donde se implementa el programa, ya sean municipalidades o intendencias regionales, se detallan en los convenios que se establecen entre dichos organismos y la Subsecretaría.[30] A continuación se presenta una síntesis de éstos[31]:

- La municipalidad se obliga a celebrar un contrato por cada uno de los profesionales que conforman el equipo del Programa PAIF 24 Horas, incorporando una cláusula que estipule que gozarán de los beneficios consistentes en permisos administrativos y feriados legales.

- Disponer la entrega de recursos para el mantenimiento del equipo. Entre estos, espacios físicos acorde a las necesidades de los profesionales, recursos técnicos como acceso a internet y correo electrónico, entre otros.

- Otorgar facilidades necesarias a los profesionales para asistir a los programas de capacitación, reuniones de supervisión, seguimiento y evaluación que convoque y/o realice la SPD.

- Autorizar viáticos con motivos de capacitaciones a realizarse en otras ciudades del país.

- Prestar apoyo en aspectos relativos a gestiones de índole territorial que pudiesen favorecer la adecuada labor de los profesionales con la red local.

[30] Los municipios además entablan compromisos con Carabineros de Chile a través de los convenios en el marco del PSI 24 Horas. El hecho que las Intendencias no tengan dicho Convenio ha sido una dificultad en la implementación del programa desde la perspectiva de los profesionales de la SPD registrada en las entrevistas realizadas en el marco del presente estudio.
[31] Para ver su redacción original revisar (SPD, 2016).

- No desarrollar prestaciones de servicios de Terapia Multisistémica ni basadas en su modelo fuera del contexto del Proyecto, durante el plazo de vigencia del convenio ni durante 3 años posteriores al término de la vigencia del Programa.

- Participar en procesos de selección de los profesionales que operarán en su territorio de acuerdo con el perfil de cargo propuesto por la SPD y acorde al diseño del programa.

- La municipalidad se compromete a brindar flexibilidad horaria a los profesionales del Programa tanto del equipo de Detección Temprana como del equipo de Terapia Multisistémica. Es decir, la jornada laboral no estará vinculada al horario de funcionamiento de la institución ejecutora, sino por el contrario será un horario flexible que les permita cumplir sus funciones en horarios posteriores a la jornada de trabajo, así como también durante días festivos o fines de semana.

- Los profesionales de Detección Temprana, así como los terapeutas y supervisores de MST contratados en el marco del Programa, estarán asignados en un 100% de su jornada a la ejecución de este, sin ejercer bajo ninguna circunstancia y calidad jurídica otro vínculo contractual con la Municipalidad, durante el ejercicio de sus funciones.

- Colaborar con la SPD para el adecuado control de gestión del Proyecto.

4.4.5.1.3 MST Group, LLC[32]

MST Group, LLC o Grupo MST es el organismo que ha elaborado un sistema integral para el uso del tratamiento Terapia Multisistémica para individuos con problemas conductuales severos, el cual incluye manuales y materiales de capacitación. El Grupo MST ha suscrito un convenio de licencia exclusiva con la "Fundación de MUSC"[33] que les permite sublicenciar al Licenciatario, en este caso la SPD, ciertos materiales e información desarrollada por los investigadores del MUSC. En otras palabras, es el proveedor con el cual la SPD celebró contratos de licenciamiento en los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 para implementar el Chile el tratamiento Terapia Multisistémica.

[32] Para más información, revisar el sitio web http://mstservices.com/mst-service/our-history

[33] Fundación para el desarrollo de investigaciones (Foundation for Research Development) de la Medical University of South Carolina (MUSC).

En Chile, el convenio supone que el Grupo provea a la SPD entrenamiento en el Sistema MST y servicios de apoyo técnico para habilitarla para desempeñar los siguientes requerimientos. La descripción de servicios provistos por MST Group es la siguiente:

- Gestión de proyecto: Incluye apoyo, revisión y supervisión de todos los aspectos de la implementación del sistema por parte de un grupo de ejecutivos u otro experto de MST Services del Grupo MST.

- Apoyo experto al programa y entrenamiento: Incluye apoyo a los equipos clínicos MST por parte de expertos de MST Services del Grupo MST en consultas telefónicas semanales para cada equipo clínico, hasta 4 capacitaciones de reforzamiento por año, consultas ilimitadas relativas al aseguramiento y calidad del programa, consultas relativas a adherencia a los protocolos MST, entre otros. Está cubierto el gasto de viaje de relatores expertos.

- Entrenamiento para supervisores MST: Entrenamiento de orientación para el supervisor de reemplazo por parte de expertos, de un día y medio de duración. Está cubierto el gasto de viaje de relatores expertos.

- Entrenamiento y apoyo para expertos: Incluye entrenamiento directo de parte del gestor de la red de socios estratégicos de MST u otro experto de MST Services del Grupo MST para el adecuado desarrollo de los expertos de la SPD.

- Entrenamiento y apoyo para el desarrollador/director del programa: Entrenamiento para el desarrollador o director de programa del socio estratégico de la red MST, de manera de poder conducir adecuadamente la implementación de MST en Chile bajo la modalidad de socio estratégico de la red MST.

- Viajes y conferencias: Incluye los gastos por concepto de viajes de profesionales de MST Services de MST Group a Chile y la inscripción de profesionales de la SPOD en la Conferencia Mundial de MST y/o la Conferencia de Socios Estratégicos de la Red de MST a desarrollarse en E.E.U.U.

- Traducción: Incluye la traducción de textos y grabaciones del español al inglés de manera de permitir la adecuada asesoría técnica de parte del gestor de la red de socios estratégicos de MST u otro experto de MST Services del Grupo MST a profesionales hispanoparlantes en Chile.

- Materiales: Incluye manuales necesarios para el trabajo de nuevos equipos clínicos de terapia multisistémica y manuales de apoyo para equipos ya existentes. Incluye

cualquier otro material que se requiera para el funcionamiento de los equipos clínicos o expertos a cargo, como, por ejemplo: grabadoras.

- Tarifa por concepto de Socio Estratégico de la red de MST: Incluye el pago de una tarifa anual por pertenecer a la red.

- Licencias: Licencia por equipo es aquella otorgada a la SPD para cada equipo clínico de Terapia Multisistémica en operación. Licencia máster consiste en el derecho, no exclusivo e intransferible, para el Licenciatario y el Equipo Subsecretaría que consiste en el uso de los manuales MST y la información confidencial en relación con el uso del Sistema MST en el tratamiento de personas.

4.4.6 Consideraciones para la implementación del Programa

En este apartado se presentan algunos elementos del diseño referidos a la implementación del modelo MST, tanto en su planteamiento original como algunas especificidades de la versión del programa en Chile.

4.4.6.1 Control de la calidad del modelo

El modelo MST presenta como principal meta de implementación la obtención de resultados positivos con jóvenes y sus familias. Para mantener una calidad continua en su implementación el modelo cuenta con los siguientes procedimientos (Swenson, 2011), que deben ser ejecutados en todos los países o comunidades donde se ejecuta MST:

- Entrenamiento intensivo de 5 días para los futuros terapeutas en el cual se hace inducción de modelo y se desarrollan habilidades orientadas a su implementación.

- Operativa de terapeutas, supervisores y expertos esquematizada y protocolizada a través de manuales de procedimientos y manuales relativos al funcionamiento organizacional del programa.

- Supervisión semanal a los terapeutas respecto a todos los casos bajo su responsabilidad. Esta supervisión está a cargo del supervisor clínico del equipo.

- Consulta semanal a expertos sobre los casos que requieran de mayor necesidad de supervisión. Esta modalidad de consulta es para los supervisores de equipos.

- Apoyo organizacional de MST Services con relación a reforzar diversos aspectos que aumenten la eficacia del modelo a todo nivel. Coordinaciones frecuentes a

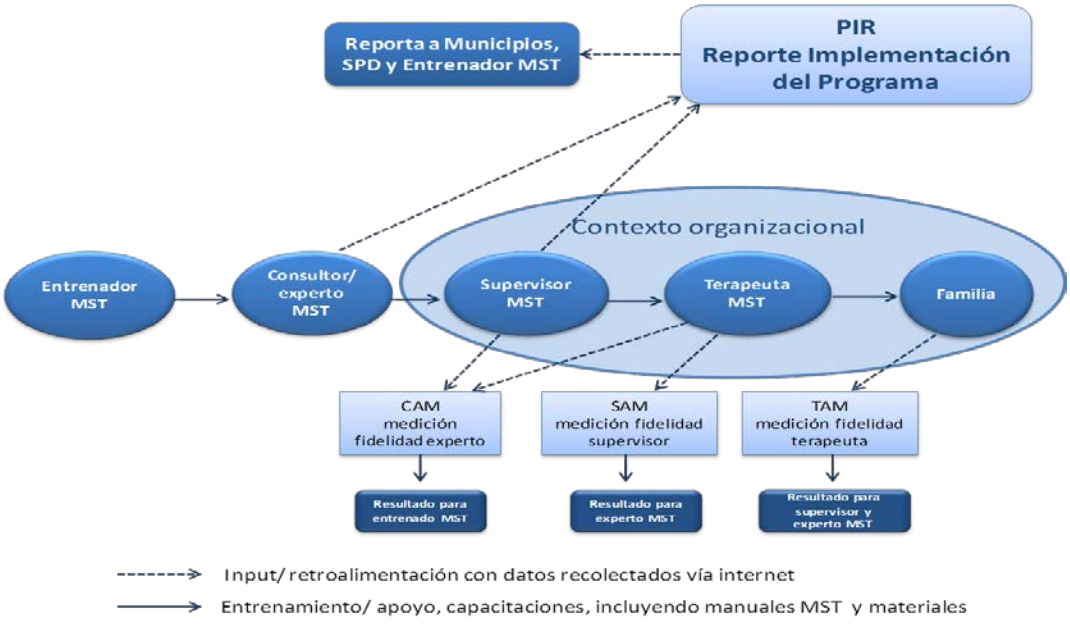
nivel de directivos de los programas para generar estrategias de mejora y dar soporte a los requerimientos específicos del contexto donde se inserta el equipo.

- Monitoreo de los procesos de intervención con énfasis en la medición de resultados y también de la satisfacción del usuario respecto de los servicios. Este monitoreo implica la medición constante de diversos indicadores que dan cuenta del proceso global de la implementación y funcionamiento de los equipos.

- Mejoras de la implementación a través de retroalimentación a partir de necesidades de entrenamiento, apoyo, medición, etc. En ese sentido, cada 3 meses se realiza reforzamiento (*booster)* a todos los equipos en los aspectos que según los indicadores de monitoreo implica potenciar o desarrollar.

La figura a continuación es una presentación del sistema de control de calidad (QA) y mejoramiento de la calidad (QI) del programa MST, que busca "maximizar los resultados clínicos favorables mediante el apoyo y la adherencia a nivel de terapeuta y programa" (MST Services, 2014, pág. 58).

Figura 4: Sistema de Control/Mejoramiento de la calidad MST



Fuente: (SPD, 2016)

Cabe señalar que en el marco de la implementación de estos procesos del Sistema QA/QI, son relevantes las tres mediciones utilizadas para monitorear la adherencia en MST. La

Medición de Adherencia del Terapeuta-Revisada (TAM-R) es una medición de 28 ítems realizada una vez cada 4 semanas, que evalúa la adherencia del terapeuta al modelo MST, según lo informado por el cuidador principal de la familia. Para ello, se realiza un levantamiento de información respecto al tratamiento recibido a través de encuestas aplicadas a las familias. Junto a la adherencia del terapeuta, esta medición tiene un valor significativo para predecir resultados para las familias que recibieron tratamiento (MST Services, 2014). Los terapeutas del equipo evalúan la adherencia del supervisor MST al modelo a través de la Medición de Adherencia del Supervisor (SAM), medición realizada cada 2 meses que contiene 36 ítems que son respondidos en la plataforma MSTI. Por último, los supervisores evalúan la adherencia del Experto MST al modelo MST a través de la Medición de Adherencia del Consultor/Experto MST (CAM), realizada cada 2 meses en la plataforma MSTI.

Por otra parte, el instrumento PIR o Informe de Implementación del Programa es un informe escrito por el supervisor de MST y el experto MST asignado a la comuna y forma parte de los mecanismos y procesos de Control de Calidad (QA) y Mejoramiento de la Calidad (QI) utilizados para implementar MST (MST Services, 2011). Se realiza aproximadamente cada seis meses y contiene información relativa al nivel de adherencia, indicadores y metas en distintos niveles, fortalezas y barreras para el éxito y un informe de prácticas y características críticas del programa. Este informe se realiza y presenta con el fin de comunicar los resultados de la evaluación de MST al momento del reporte al Municipio y otros actores clave del nivel local, y poder hacer mejoras en la implementación del programa. Desde el año 2016 esta instancia incluye además la presentación y rendición de cuentas del componente EDT (SPD, 2017).

A diferencia de los PIR comunales, la instancia de presentación del PIR nacional no se encuentra tan formalizada. No es parte de los lineamientos oficiales del programa, por lo que se consultó al respecto a profesionales del equipo técnico de la SPD quienes afirmaron que actualmente constituye una instancia interna que se realiza aproximadamente una vez al año, en la cual participan quienes están desempeñando jefaturas del Departamento y División de la SPD, junto a la coordinación del departamento y la representante de MST en Estados Unidos. Se desarrolla en este formato desde el 2015, y no hay antecedentes del modo en que se realizaba anteriormente.

4.4.6.2 Indicadores del programa

Los instrumentos anteriormente descritos y la plataforma MSTI contienen un conjunto de indicadores específicos del modelo que permiten el aseguramiento de la calidad de la intervención, monitoreo y seguimiento de la implementación del programa.

Respecto a los objetivos específicos del tratamiento, el modelo contempla metas específicas para cada uno, a los cuales se realiza seguimiento a través de la plataforma MSTI. En el caso chileno, son utilizados por la SPD para hacer gestión y seguimiento del programa, y cuentan con un verificador no contemplado en el modelo original.

La tabla Nº9 presenta los indicadores de objetivos de tratamiento, proceso, capacidad del programa a nivel comunal, así como la meta/objetivo por cada uno de ellos.

Tabla 9. Indicadores del programa MST

Objetivo	Descripción
Resultados finales	• NNA viviendo en el hogar: meta > 90% Verificador: certificado debidamente firmado por el cuidador principal y del Supervisor Clínico MST que indique que el NNA se encuentra viviendo en un hogar aprobado por sus padres o adulto significativo[34]. • NNA asistiendo a clases o trabajando[35]: meta > 90% Verificador: certificado de matrícula, y/o certificado laboral firmado por el empleador, y un certificado de asistencia a la escuela o trabajo. • NNA no tiene nuevas detenciones durante el período de tratamiento: meta > 90% Verificador: certificado debidamente firmado por un/a profesional del Equipo EDT y el Supervisor Clínico del Equipo MST que acredite que él o la joven atendido no ha tenido nuevos ingresos a dicho listado.
De proceso	• Porcentaje de utilización de capacidad anual: meta> 90% • Duración del tratamiento: 90 - 150 días (3-5 meses). • Porcentaje de jóvenes que completan el tratamiento. Meta: 85% • Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a la falta de compromiso/adherencia al tratamiento. Objetivo: <5% • Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a reclusión por evento anterior a su ingreso a MST- Objetivo: <10% • Promedio de 5 casos por terapeuta (después del tercer mes de aplicación del programa). • Medida de adherencia del terapeuta (TAM-R por sus siglas en inglés),

[34] Para aquellos casos en que el cuidador no sea ubicado para la firma del documento, será el Supervisor Clínico del Equipo MST quien certifique, mediante su firma, dicha situación.
[35] Si el egreso del NNA se produce durante el período de vacaciones de verano, se considera que el NNA se encuentra en un establecimiento educacional si éste tiene matricula vigente.

	recolección con tasa de > 70% • Promedio general de índice de adherencia (TAM-R) - Objetivo: 0.61 • Porcentaje de los jóvenes que reportan adherencia (TAM-R) por sobre el umbral (> 0,61) - Meta: 80% • Porcentaje de jóvenes con al menos una entrevista TAM-R - Objetivo = 100% • Porcentaje de rotación de personal: <20%
Capacidad del componente MST a nivel comunal[36]	• Número de Terapeutas: 3 o 4, según corresponda • Cantidad de casos por terapeuta: 5 o 6 por terapeuta, empezando con 2 casos en el primer mes, y agregándose 2 hasta completar los 5 o 6 en total • Cantidad de casos por supervisor: puede atender hasta 2 casos si se requiere y en la medida que exista lista de espera y el supervisor cuente con la capacidad de tiempo requerida para dicha atención. • Duración del tratamiento: entre 3 y 5 meses. • Capacidad anual estimada: 5.5 casos por terapeuta al mes, totalizando 22 casos al año por terapeuta del equipo

Fuente: elaboración propia en base a (SPD, 2017).

4.4.6.3 Elementos críticos de la implementación del programa

Al año 2015, el programa MST se desarrollaba en 34 estados de Estados Unidos, Chile, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y otros 12 países de Europa, atendiendo más de 23.000 jóvenes al año (MST Services, 2015). Durante los años de experiencia desarrollando el programa, MST Services ha identificado elementos críticos para una implementación exitosa del modelo MST[37] que incluyen:

- Un financiamiento sustentable a largo plazo: como parte del proceso nuevo de desarrollo de programas MST Services solicita planes de financiamiento de tres años para programas nuevos. Si bien parece obvio, esta sigue siendo la razón más común para el fracaso de los programas MST.

- Un enfoque permanente en los resultados: las instituciones que implementan MST tienen un compromiso con la obtención de resultados sustentables a largo plazo

[36] Estos parámetros han experimentado ciertos ajustes durante los años de implementación del programa, aunque no se encontraron explícitamente las razones para ello, como tampoco los mecanismos de seguimiento para su cumplimiento.

[37] El listado de prácticas requeridas y recomendadas por el programa están incluidas en el informe de implementación del programa, y pueden ser revisadas en el anexo nº 30.

con las familias atendidas, por lo que se exige que todas las partes de la organización mantengan un enfoque permanente en el logro de resultados positivos para los beneficiarios.

- A nivel clínico, los criterios de finalización del tratamiento deben estar basados en resultados (disminuir el problema o conducta de derivación).

- A nivel organizacional, (a) todos los niveles de la organización (ejecutivo, gerencial, trabajadores en terreno y personal de apoyo administrativo) deben comprender claramente MST. Además, el liderazgo organizacional y personal en terreno debe estar dispuesto a modificar políticas y dedicar recursos según sea necesario para lograr resultados. (b) Los terapeutas MST deben ser capaces de "tomar la iniciativa" para la toma de decisiones clínicas en cada caso

- Fidelidad al modelo de tratamiento MST.

- Accesibilidad de las familias beneficiarias al tratamiento y a sus terapeutas.

La formulación del modelo, así como las orientaciones técnicas que brinda MST Services a la organización a cargo y los equipos, buscan estar en línea con estos aspectos críticos, de manera tal de velar por la calidad de la implementación del programa.

4.4.6.4 Consideraciones para el inicio de la operación del Programa en una comuna

A partir de 2016, existe una descripción general de las actividades de preparación requeridas para la implementación del Programa PAIF 24 Horas (SPD, 2017), que incluye lo siguiente:

a. Reuniones de planificación de la instalación con representantes de la Subsecretaría de Prevención del Delito y de la Organización Proveedora.

b. Revisión de convenio y requerimientos financieros – técnicos para la correcta operación del Programa. Dentro de las necesidades para la correcta implementación, se destacan:

- Los profesionales EDT y MST son funcionarios jornada completa asignados exclusivamente al PAIF.

- Los profesionales EDT y MST pueden trabajar con un horario flexible, según sea necesario, para satisfacer las necesidades de las familias del Programa.

- Los profesionales EDT y MST cuentan con un espacio de oficina en buen estado y acorde al grupo de personas que componen el Programa; además, dicho espacio cuenta con acceso a internet y telefonía fija.

- Los profesionales EDT y MST cuentan con mecanismos para operar recursos asociados a teléfonos celulares, traslados, refuerzos a la intervención y compras de insumos en general, según se establece en el Instructivo para el diseño del plan de gastos y ejecución presupuestaria del PAIF-24 Horas, debidamente aprobado por la Subsecretaría de Prevención del Delito, y sus eventuales actualizaciones.

- El equipo MST tiene un sistema de respuesta 24 horas al día, los 7 días a la semana, con el objeto de garantizar cobertura cuando los terapeutas MST están de vacaciones o con permiso laboral personal. Este sistema está compuesto de miembros del equipo MST.

- Todo el personal EDT ha tenido un proceso de inducción y todo personal MST que ha estado trabajando durante más de 2 meses participa de una Capacitación de Orientación de 5 Días.

c. Proceso de reclutamiento y selección de profesionales de Detección Temprana, terapeutas MST y supervisores MST, según indicaciones y orientaciones emanadas desde la SPD, de acuerdo con los estándares exigidos por MST Group LLC para Organizaciones Proveedoras.

d. Seminario y reunión en terreno, donde se provee a la comunidad una visión general del Programa, se toma contacto con actores claves para refinar el plan final de implementación y se hace un primer diagnóstico de la red local a la cual se incorporará el Programa.

e. Capacitación de profesionales y del apoyo administrativo, lo que implica, efectuar capacitación a los profesionales EDT para la detección temprana; entrenamiento de 5 días para los equipos MST y, además, orientación de supervisores MST; y, por último, una inducción al trabajo administrativo para el personal correspondiente.

4.5 Adaptaciones realizadas a Terapia Multisistémica en Chile

Como se ha esbozado en los apartados anteriores, la ejecución de MST en Chile en el contexto del Programa PAIF 24 Horas ha supuesto ciertos ajustes del programa a la realidad social e institucional de Chile respecto a la formulación original de Terapia Multisistémica. Dado que estos aspectos son claves para comprender su implementación en el país, así como la evaluación del Programa, se presentan a continuación estructurados en cinco ámbitos.

Tabla 10. Ámbitos relativos a adaptaciones realizadas al programa MST en Chile.

Ámbito	Caracterización
Adaptación al contexto de implementación en el sistema público	• Oferta programática: MST es parte de la oferta pública del Estado de Chile para la atención del problema de jóvenes en riesgo delictivo. • Financiamiento: MST se financia mediante presupuesto anual sujeto a la aprobación de la Dirección de Presupuestos (Dipres). • Organización licenciante: El programa MST es administrado por un organismo estatal, la SPD. • Modalidad de implementación a través de gobiernos locales: a juicio de los implementadores, los municipios eran la mejor plataforma disponible para la ejecución, pues podían recibir y administrar recursos públicos, contaban con el convenio PSI 24 Horas y tenían desplegadas redes a nivel local. En 2015, la SPD decidió ejecutar el programa a través de dos intendencias regionales.
Innovación en la articulación de MST con componente de detección, Programa PAIF 24 Horas	• Programa PAIF 24 Horas: Se concibió que MST trabajara de forma articulada con un componente de detección temprana y derivación de casos. • Instrumento de evaluación: Utilización del instrumento ASSET para la evaluación de factores de riesgo socio-delictual y priorización de casos. • Prioridad de atención: la SPD incorporó criterios para priorizar casos que eran detectados por EDT y correspondían al perfil de atención de MST. • Estructura de EDT: Durante la ejecución del programa, la SPD ha ido modificando y precisando aspectos del diseño y/o estructura del componente EDT, el cual tenía un nivel de estructuración bastante menor que el de MST inicialmente. • Gestor Comunal: Se crea esta figura para apoyar la implementación del Programa PAIF, facilitando la mediación entre la SPD y las organizaciones proveedoras a nivel local, brindando apoyo administrativo y supervisando clínicamente al componente EDT.

	• Fuentes de derivación: el Listado PSI 24 Horas es la principal fuente de derivación de casos al programa PAIF 24 Horas. Puede ser complementada con casos provenientes de escuelas, otros programas o demanda espontánea.
Adaptación de criterios definidos por el modelo	• Criterio de edad: Ajuste de la edad de la población objetivo, para atender casos entre los 10 y 17 años. • Estándar resultado final: La SPD decidió aumentar el estándar para el indicador "jóvenes viviendo en el hogar", relativo al resultado del tratamiento, a 97% (por sobre el 90% establecido por MST). • Indicador implementación: La SPD decidió aumentar el mínimo del rango esperado en el indicador "número promedio de casos por terapeuta" a 5 casos.
Adaptación en el aseguramiento de la calidad	• Aplicación del cuestionario TAM-R: Ejecutada vía centro de llamados por personal de la SPD. Cabe destacar que esta estructura de funcionamiento y recogida de datos es parte de una cultura organizacional que no suele ser utilizada en el sistema público chileno. • Instrumento SAM: Pese a la importancia que da el modelo a los datos de la medida de adherencia al supervisor en términos de fidelidad, y a la existencia de estas mediciones en Chile, los hallazgos indican que estos datos no son utilizados para el seguimiento de la implementación.
Innovación en el seguimiento de los casos	• Evaluación al egreso: Como estrategia de seguimiento, la SPD incorporó la aplicación del instrumento ASSET posterior al egreso de MST por el EDT. Sin embargo, el estudio no arrojó la existencia de mecanismos de seguimiento y verificación de esta actividad.

Fuente: elaboración propia

A modo de síntesis, a partir del análisis se identifican en primer lugar ajustes a la implementación del programa MST al insertarlo en el marco de la oferta programática del Estado de Chile, específicamente del abordaje de jóvenes con problemas de conducta y/o delictuales. En términos de diseño, los objetivos del programa son atingentes al abordaje de la problemática. Los implementadores consideraron pertinente el modelo MST para el abordaje de esta problemática, tras el diagnóstico de dificultades en experiencias previas de implementación de iniciativas en el sistema público en el área.

Como parte de la respuesta pública a dicho problema, es que venía desarrollando un componente de detección temprana, evaluación inicial y derivación, que en PAIF 24 Horas se traduce en el desarrollo del componente EDT. Así, a diferencia de lo que ocurre en otros lugares del mundo, MST en Chile es un componente de un programa de mayor alcance y se articula con un componente de detección, evaluación y derivación, que, entre

otros aspectos, asegura cierto flujo de casos facilitando el cumplimiento de metas y capacidad óptima del programa.

En este sentido, parte de las adecuaciones al programa tuvieron que ver con los criterios de inclusión de la población objetivo, considerando el diagnóstico realizado al momento de decidir implementar MST en Chile respecto a las características de los niños, niñas y adolescentes en riesgo delictivo. Cabe señalar que el ajuste en términos de edad no correspondía necesariamente a un criterio técnico (factor cuantitativo o que haya habido una gran cantidad de niños de 10 y 11 años en el Listado 24 Horas), sino por considerarse prioritario abordar con tratamiento especializado a aquellos niños que sí lo estuvieran. Es posible concluir también que el aumento del estándar del indicador de uno de los objetivos de tratamiento (niños en el hogar) no estuvo basado en criterios técnicos, al menos a partir de la revisión de antecedentes realizado.

El diseño e implementación del componente EDT ha experimentado modificaciones durante el tiempo de implementación de PAIF, siendo ejemplos: la utilización del instrumento ASSET (en reemplazo del ONSET), creación de la figura de gestor comunal, mayor estructuración de funciones y actividades realizadas por los EDT, protocolos de acción, entre otros. En ciertos aspectos, tiene bastantes similitudes con el diseño de MST y es posible prever que éste haya sido un referente para los implementadores a la hora de ir realizando ajustes al componente EDT frente a los desafíos que se hayan ido presentando durante el tiempo de implementación de PAIF.

Otra adaptación dice relación con la estructura del sistema público chileno, pues a priori el modelo MST no plantea un sistema preferente para su implementación. El programa debía estar diseñado de manera tal que le permitiera ajustarse a la estructura y modo de funcionamiento del organismo a cargo (la SPD) y las organizaciones proveedoras (los municipios) así como a una forma de financiamiento anual sujeta a aprobación (Dipres). Existían variados antecedentes de implementación de programas de manera articulada entre el nivel central y el local, sin embargo, la ejecución de un programa licenciado y altamente estructurado supone la realización de algunas actividades poco convencionales para los actores involucrados. Los ajustes y posibilidades de adecuación al contexto nacional y realidades locales han estado mediados por la asesoría de MST Group, a través de acompañamiento y orientaciones continuas durante el tiempo de ejecución, como se señala con más profundidad en el análisis de implementación.

Finalmente, se han realizado ajustes en el proceso de aseguramiento de la calidad y seguimiento de los casos. La aplicación periódica del cuestionario TAM-R está centralizada

en el equipo a cargo de la implementación de la SPD, y no en un ente externo como suele ser en otros países. El SAM es aplicado acorde a los criterios establecidos, más no es utilizado para realizar seguimiento a la implementación, del mismo modo que el CAM y la evaluación ASSET posterior al egreso.

5 Estudio de implementación

Si bien ha habido numerosos esfuerzos para desarrollar prácticas y programas basados en la evidencia que efectivamente produzcan beneficios a nivel individual y social en distintas áreas, expertos del área afirman que no se ha puesto aun suficiente atención al proceso de implementación de dichos programas (Children's Services Council of Palm Beach County, 2007). En particular, el éxito o fracaso de programas basados en la evidencia para producir los resultados esperados puede ser atribuible a la efectividad de la intervención o a la calidad de la ejecución (Klein & Sorra, 1996), por lo que tanto la efectividad del programa como su aplicación a la práctica regular deben ser evaluados (Ogden et al., 2012).

La implementación, en el contexto del movimiento que promueve la existencia de programas basados en la evidencia, es entendida como el esfuerzo activo y planificado para incorporar una nueva intervención dentro de una organización práctica (Greenhalgh et al., 2004). En este sentido, se ha sostenido que la implementación es un proceso, no un evento (Fixsen et al., 2005) el que contempla una serie de actividades diseñadas para poner en práctica un programa y lograr los resultados asociados.

En un estudio de implementación se cuenta la historia del programa en términos de qué sucedió y porqué (Kellogg, 2001), lo que supone analizar el contexto y desarrollo de los programas en sus distintas etapas, de manera de poder comprender los factores que estarían afectando los resultados que se espera obtener.

Para poder evaluar la implementación, debe haber claridad sobre la formulación del diseño del Programa, lo que se propone realizar y lo que espera conseguir. La estrecha relación entre diseño e implementación hizo atingente proponer una estrategia que contemplara junto con la evaluación de implementación del programa MST, una presentación del diseño de este.

Ahora bien, en tanto programa basado en la evidencia, el modelo de MST contempla acciones claramente definidas para el diseño del programa, relativos a la intervención clínica, así como aspectos de control de calidad (aseguramiento y mejoramiento continuo de la calidad; evaluación y seguimiento de los resultados; rendición de cuentas). Los elementos centrales de MST son los 9 principios del tratamiento descritos anteriormente, que definen el diseño e implementación del modelo, y con relación a los cuales se mide la fidelidad del tratamiento e implementación (Swenson, 2011).

La implementación de este programa en Chile ha implicado un esfuerzo significativo en términos económicos, pero también organizacionales, institucionales y de capital humano. La permanencia del programa en el país está permanentemente en juego en función de los resultados obtenidos tanto con la intervención como durante la implementación respecto a los estándares establecidos por MST Group. Por este motivo, junto con la prioridad de la población y el problema abordado por el programa, amerita llevar a cabo una iniciativa que permita evaluar la implementación de Terapia Multisistémica.

Cabe señalar, que pese a su creciente relevancia alrededor del mundo, en Chile existen aún pocas experiencias de implementación de programas basados en la evidencia. En el área, existen dos experiencias: por una parte, el piloto de aplicación del modelo de intervención denominado "Terapia Familiar Funcional" (FFT) desarrollado por Tierra Esperanza (Tierra Esperanza, 2014), y por otra el Programa Parentalidad Positiva o Triple P implementado en algunos establecimientos escolares (Triple P, 2017). A la fecha, no existen antecedentes de que hayan sido evaluadas.

Los estudios de implementación de programas en Chile en general utilizan metodologías tanto cuantitativas como cualitativas, y están centrados en el análisis de procesos, resultados o productos (Guernica Consultores, 2012; Centro de Políticas Públicas UC, 2012). Sin embargo, la evaluación de programas como MST es objeto de estudio de la denominada "ciencia de la implementación", metodologías con un nivel de desarrollo prácticamente nulo en el país.

En este contexto, se vuelve necesaria la utilización de metodologías innovadoras que incluyan los aportes desarrollados por profesionales dedicados al estudio de la ciencia de la implementación, tal como la desarrollada por Fixsen y su equipo (2015).

5.1 Diseño metodológico

En el presente apartado se desarrollan los principales elementos teórico-metodológicos relativos a la evaluación de implementación del programa MST.

5.1.1 Estrategia de evaluación

La evaluación de implementación del programa MST se ha estructurado con relación a las siguientes preguntas:

- *¿Qué nivel de implementación de buenas prácticas para EBP tenía el programa MST en Chile el 2016?*

En una primera etapa, el objetivo es analizar la evaluación que realizan los equipos ejecutores el año 2016 sobre la implementación del programa Terapia Multisistémica en Chile, respecto al estándar de "Buenas prácticas de implementación" realizada por Fixsen et al. (2015). La encuesta "Evaluación de prácticas de implementación en MST" contiene una sistematización de buenas prácticas de implementación de programas de este tipo, estructurado en 9 componentes. La ejecución total de dichas prácticas da cuenta de un estándar óptimo y, por tanto, de una alta probabilidad de éxito en la implementación del programa.

El instrumento permite analizar el nivel de implementación de buenas prácticas en Terapia Multisistémica respecto a los estándares ideales de implementación para programas basados en la evidencia (Fixsen et al., 2015).

- *¿Cómo ha sido el desempeño del programa MST en Chile desde su inicio al 2016?*

En una segunda etapa, el objetivo es caracterizar en términos generales el proceso de implementación del programa MST en Chile. Para ello se analiza el desempeño del programa en indicadores propios de MST, obtenidos en base al *Program Implementation Repport o* Informe de la Implementación del Programa (en adelante PIR), informe periódico de gestión del programa MST a nivel comunal denominado contenido en la plataforma MSTI. Este análisis permitiría observar el desempeño del programa respecto a los estándares esperado por el modelo, desde 2012 a 2016.

- *¿Cuáles han sido los principales desafíos para la viabilidad de la implementación de MST en Chile?*

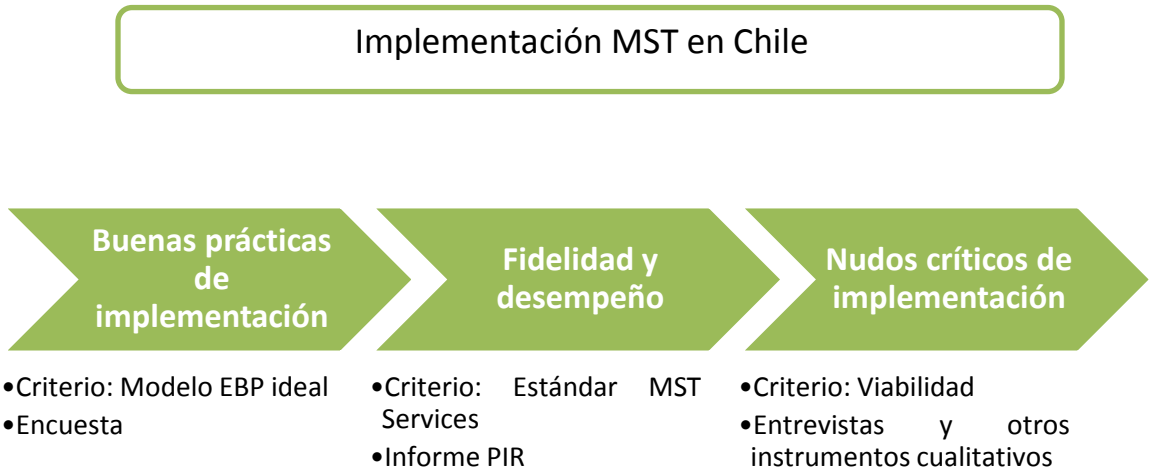
En una tercera etapa, el objetivo es caracterizar y comprender los principales desafíos para la viabilidad de la implementación desde la perspectiva de los ejecutores, incluyendo la visión nacional y local, histórica y actual. Para ello se analizan entrevistas semi-estructuradas y focus groups aplicados a distintos actores del nivel central y municipal, las respuestas a una pregunta abierta en la consulta online a los ejecutores e información disponible en la sección "formato de revisión"[38] del PIR.

[38] Esta sección contiene un listado de prácticas requeridas para la implementación de MST, definido por el modelo. Semestralmente los equipos comunales deben señalar si se realiza y en caso que no, las razones para justificar dicha respuesta. Al momento del análisis se contaba con datos disponibles 2012 a 2016.

Cabe señalar que a petición de la contraparte, el análisis incluiría la experiencia de ejecución del programa en 5 comunas de la Región Metropolitana y de Valparaíso, seleccionadas en base a un conjunto de criterios relevantes para la implementación[39].

El esquema de evaluación a seguir se ilustra a continuación.

Figura 5: Esquema de evaluación de implementación



5.1.2 Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas para el análisis fueron diversas, e incluyeron técnicas de recolección de datos primarios y secundarios de carácter cuantitativo y cualitativo. La descripción de cada una de ellas se realiza a continuación.

5.1.2.1 Encuesta "Evaluación de prácticas de implementación en MST"

Para la presente evaluación de implementación se utilizó el instrumento "Implementation Drivers: Assessing Best Practices" desarrollado por el profesor Fixsen y su equipo (2015) para encuestar a todos los profesionales que trabajan en el programa MST a nivel nacional y observar diferencias entre los equipos a nivel nacional usando los drivers de implementación. Como se ha explicado en párrafos anteriores, este instrumento mide el nivel de implementación de un conjunto de buenas prácticas en los que han sido

[39] Las comunas fueron definidas por la contraparte técnica considerando los siguientes criterios: antigüedad de la implementación del programa en la comuna; disponibilidad de oferta programática para atender a población infanto-juvenil con conductas infractoras; nivel de adherencia al programa y modalidades de ejecución del programa (Municipios u otras figuras legales como Corporaciones Municipales). El terreno se realizó en las comunas de Lampa, Puente Alto, San Joaquín, Recoleta y Valparaiso.

identificados como componentes clave para una implementación exitosa de EBP, a saber: competencias, aspectos organizacionales y liderazgo.

Para su aplicación, en primer lugar fue necesario conseguir autorización del autor[40] para utilizar el instrumento traducido al español, adaptado al contexto chileno y al vocabulario del programa MST en específico. El paso siguiente fue realizar su adaptación por parte del equipo evaluador, para luego ser revisado y aprobado por la contraparte técnica de la SPD. En su aplicación, se mantuvo la estructura, dimensiones y preguntas del instrumento.

El formato utilizado fue auto-aplicado, a través de una plataforma web (Survey Monkey), lo cual permitió acceder a los 36 equipos distribuidos en el país y al equipo técnico de la SPD, y con ello superar las limitaciones presupuestarias del estudio. Esta adaptación en el formato de aplicación contó con la autorización del profesor Fixsen.

El instrumento original está estructurado según 8 ejes o *drivers* de implementación, en cada uno de los cuales existen entre 7 y 9 buenas prácticas para EBPs asociadas. Se realizaron modificaciones en el eje "Liderazgo" donde, a diferencia de la propuesta original, se modificaron las alternativas de respuesta a la misma escala utilizada en los demás drivers (totalmente, parcialmente y no implementada). Se incluyó un noveno eje referido a la implementación a nivel municipal, buenas prácticas dispuestas por los líderes la organización proveedora[41] (municipio, corporación o intendencia según corresponda) y/o encargados locales del Programa MST para su implementación a nivel municipal.

A continuación se presenta una síntesis de la conceptualización de los drivers de implementación.

Tabla 11: Ejes de la implementación

Eje	Descripción
Reclutamiento y selección del equipo MST	Prácticas a cargo de la SPD para la conformación de una fuerza de trabajo competente en el manejo del programa al comienzo de la implementación. Contempla los métodos de reclutamiento, protocolos de entrevista a los candidatos y criterios de selección de los profesionales.
Entrenamiento y capacitación del equipo MST	Prácticas a cargo de la SPD de transmisión de conocimientos y desarrollo de habilidades básicas en los profesionales y equipos seleccionados, para que puedan intervenir aplicando Terapia Multisistémica.

[40] Dicha autorización se materializó vía correo electrónico el 14 de agosto del año 2016.

[41] Por líderes entendemos a las personas a cargo de liderar la organización proveedora (alcalde y otras autoridades políticas), y por encargados locales entendemos a las personas a cargo de la implementación del programa en términos operativos (contraparte municipal o su símil).

Desarrollo continuo del equipo MST	Prácticas a cargo de la SPD de aprendizaje práctico y continuo del oficio como profesional y equipo MST, apoyado por un consultor experto o entrenador más experimentado en el Modelo del programa.
Evaluación de adherencia (fidelidad)	Prácticas a cargo de la SPD diseñadas para monitorear y evaluar la utilización y resultados de las habilidades requeridas para la intervención con MST, a través de medidas de adherencia o fidelidad de los equipos. Para ello utiliza instrumentos como TAM-R, SAM y CAM.
Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	Características esperadas del sistema de información y sus indicadores clínicos y administrativos, así como tipo de uso de esta tanto para el desarrollo del programa como para la práctica clínica. Para efectos de MST, este sistema es la plataforma MSTI y está a cargo de la SPD.
Soportes de facilitación administrativa	Prácticas, gestiones herramientas y retroalimentación de información administrativa dispuestas por la SPD tanto a nivel político como administrativo para apoyar la implementación del programa, mantener al equipo organizado y alinearse con las necesidades de los terapeutas.
Intervención de redes	Prácticas o estrategias de trabajo que realiza la SPD frente a requerimientos y obstáculos relacionados específicamente con actores claves externos al programa (organizaciones, redes), para conseguir apoyo y facilitar su implementación.
Liderazgo	Estilo y cualidades técnicas de dirección durante la implementación del programa por la SPD; contemplan dirigir y apoyar los cambios al interior de la organización que un programa requiere (tanto en uno nuevo como antiguo), administrar los soportes de implementación y asegurar de manera continua la calidad de las intervenciones.
Implementación a nivel local	Valoración e iniciativas realizadas por los líderes la organización proveedora (municipio, corporación o intendencia según corresponda) y/o encargados locales del programa para apoyar su implementación a nivel local.

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con la propuesta de los autores, cada uno de estos ejes o drivers puede ser agrupado en áreas estratégicas para la implementación del programa. El adecuado balance en el nivel de implementación de buenas prácticas en cada una de ellas, supone una implementación exitosa.

- Área Competencias: Reclutamiento y selección del equipo MST, Entrenamiento y capacitación del equipo MST y Desarrollo continuo del equipo MST.

- Área Organizacional: Sistemas de datos para el apoyo de decisiones, Soportes de facilitación administrativa e Intervención de redes.

- Fidelidad, corresponde al eje Evaluación de adherencia.

- Área Liderazgo: eje liderazgo

- Área municipal: Implementación a nivel local.

5.1.2.1 Entrevistas semi-estructuradas

La presente evaluación contempla la realización de entrevistas individuales a distintos actores involucrados ya sea en el diseño o implementación del programa MST en Chile durante el periodo 2012 - 2016.

Las entrevistas han sido descritas como "conversaciones con un propósito" (Dexter, 1970, p.123), y pueden ser estructuradas, semi-estructuradas o abiertas. En esta ocasión se optó por el tipo semi-estructurado, mixtura de ambos tipos de entrevista, en el cual el investigador cuenta con una lista de preguntas o bastantes tópicos específicos a ser cubiertos, pero donde el entrevistado tiene un gran margen o flexibilidad para responder (Bryman, 2016).

Una de las ventajas metodológicas de las entrevistas es la posibilidad de indagar en las percepciones y experiencias de actores que en su rol técnico o político, del nivel central o local, manejan información clave para comprender el proceso de toma de decisiones, adaptaciones, aprendizajes y otros elementos propios de la política pública, así como su visión sobre la implementación de MST a nivel local.

Son utilizadas comúnmente en evaluaciones de programas de diversa índole, complementándose bastante bien con información cuantitativa en la medida que facilita la comprensión del programa y sus participantes. A juicio de Patton (2015), "los resultados cualitativos en evaluación iluminan a las personas detrás de los números y le pone caras a las estadísticas, para profundizar en la comprensión e informar la toma de decisiones".

5.1.2.1 Focus groups

La técnica de grupos focales es una entrevista con un pequeño grupo de personas (usualmente entre 6 y 10 personas) similares en experiencia respecto a un tópico específico. Suele ser utilizada con frecuencia en investigación para indagar en las distintas precepciones de los actores o para facilitar consensos. Sin embargo, el objeto de un focus

group no es la generación de consensos ni disensos, sino conseguir datos de alta calidad en un contexto social en el cual las personas puedan considerar sus propias perspectivas en el contexto de las perspectivas de otros (Patton, 2015).

El focus group de evaluación es un tipo de entrevista grupal que permite reunir en una instancia a participantes del programa para incorporar las distintas precepciones y experiencias de los actores involucrados en el proceso de implementación. Es esperable que la conversación se genere en un ambiente informal, para lo cual tanto investigadores o moderadores deben velar por que los integrantes del grupo sean similares en jerarquía, resguardando la horizontalidad y falta de coerción al emitir opiniones.

En este caso, el objetivo es que los terapeutas de los Equipos MST así como profesionales de los equipos de Evaluación de Detección Temprana (EDT) de las cinco comunas de la muestra puedan manifestar sus percepciones en torno a la implementación del Programa MST con énfasis en las dinámicas institucionales a nivel local.[42]

5.1.2.2 Informe de Implementación del Programa (PIR)

A fin de poder observar la evolución de los indicadores en el tiempo, se solicitó a la SPD una base de datos que contuviese los reportes PIR comunales en intervalos de 6 meses, partiendo desde la fecha de inicio del programa en cada una de las comunas hasta la última fecha en que fue posible obtener un reporte PIR para dicha comuna[43].

El instrumento PIR o Informe de Implementación del Programa es un informe escrito por el supervisor de MST y el experto MST asignado a la comuna y forma parte de los mecanismos y procesos de Control de Calidad (QA) y Mejoramiento de la Calidad (QI) utilizados para implementar MST (MST Services, 2011). Se realiza aproximadamente cada seis meses y contiene información relativa al nivel de adherencia, indicadores y metas en distintos niveles, fortalezas y barreras para el éxito. Este informe se realiza y presenta con el fin de comunicar los resultados de la evaluación de MST al momento del reporte al Municipio y otros actores clave del nivel local, y poder hacer mejoras en la implementación del programa.

Estos informes incluyen información cuantitativa y cualitativa, estructurada de la siguiente manera:

[42] Al igual que en el caso de las pautas de entrevistas, las pautas utilizadas para la realización de los *focus groups* se encuentran disponibles en el Anexo n°3.
[43] En el caso de la comuna de Maipú, debido al periodo de suspensión del programa en ella, los reportes correspondientes al año 2013 se consideran independientes a los generados en 2015-6.

- Informe de datos sobre implementación del programa: Panel de control o reporte *Dashboard* generado por la plataforma MSTI. Contiene una selección de los indicadores disponibles en la plataforma MSTI[44], en base a información ingresada por el supervisor clínico a nivel comunal. Incluyen indicadores relativos a:

- Datos del programa
- Adherencia del terapeuta al modelo (TAM-R[45]) y del supervisor al modelo (SAM)[46]
- Resultados finales e instrumentales
- Datos de cierre de caso.

En la Tabla Nº12 se presentan algunos de los indicadores contenidos en el informe PIR, su objetivo (*target*) y descripción del indicador.

Tabla 12: Indicadores del Informe PIR, objetivo y descripción[47].

Dimensión	Indicador	Target	Descripción
Datos del programa	Average number of open cases per therapist	4-6	Número promedio de casos abiertos por terapeuta basado en el número de terapeutas en el equipo al final del periodo PIR.
	Estimated annual service capacity	No tiene	Promedio de capacidad estimada de servicio anual
	Total FTE for active therapists*	2-4	Número de terapeutas activos trabajando en el equipo cuando los datos PIR fueron generados.
	Current Census (open case) at the end of the report period	No tiene	Cantidad de casos abiertos al final del periodo de reporte
	Cases served during the report period	No tiene	Casos atendidos durante el periodo de reporte
Puntajes de adherencia del	Total number of TAM-R forms collected	No tiene	Número total de reportes TAM-R acumulados/reunidos.
	Percent of TAM-R due that	70%	Porcentaje de recopilación de TAM-R

[44] Profesionales del equipo del nivel central también tienen acceso a ella, ingresan datos y realizan seguimiento a la información. Existe información disponible desde el comienzo de la implementación en Chile el año 2012 a la fecha.

[45] El instrumento TAM-R evalúa la adherencia del terapeuta al modelo MST, según lo informado por el cuidador principal de la familia. Consta de 28 ítems que son consultados una vez cada 4 semanas por un profesional del equipo de llamados de MST alojado en la SPD. Junto a la adherencia del supervisor, esta medición tiene un valor significativo para predecir resultados para las familias que recibieron tratamiento (MST Services, 2014).

[46] Se esperaba encontrar en el Informe PIR datos sobre la Medida de Adherencia del Supervisor (SAM), sin embargo esta información no pudo ser enviada por el equipo técnico al equipo de FPC pues no se encuentra disponible en Chile por razones que no pudieron aclararse previo a la entrega del presente informe.

[47] No fueron incluidos los indicadores relativos a resultados instrumentales y finales del programa, puesto que esto no es materia de análisis de la evaluación de implementación.

terapeuta y supervisor[48]	were completed		
	Total number of incomplete TAM-R forms collected	No tiene	Número total de formularios TAM-R recolectados incompletos
	Percent of youth with at least one TAM-R interview	100%	Porcentaje de jóvenes con, al menos, una entrevista TAM-R
	Overall Average Adherence Score	0,61	Promedio general del puntaje de adherencia (TAM-R)
	Percent of youth with average therapist adherence score abode threshold	80%	Porcentaje de los jóvenes que informan adherencia al terapeuta (TAM-R) sobre el umbral establecido (>0,61)
Reseña progreso de casos	Percent of cases completing treatment	85%	Porcentaje de casos que completaron el tratamiento
	Percent of cases discharged due to lack engagement	<5%	Porcentaje de casos dados de baja debido a falta de compromiso (la decisión para egresar al NNA fue realizada porque MST no fue capaz de lograr un compromiso de la familia con el tratamiento, pese a la persistencia del terapeuta para lograr este objetivo).
	Percent of youth placed	<10%	Porcentaje de jóvenes reubicados (el NNA recibió una sanción privativa de libertad por un período de tiempo que impide la participación del joven en MST).
	Percent of youth placed for event prior to MST	No tiene	Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a reubicación (el NNA fue reubicado del hogar, debido a un evento ocurrido antes del comienzo de MST.
	Percent of cases removed by administration	No tiene	Porcentaje de casos removidos de MST por motivos administrativos (el NNA fue retirado por parte de la administración del programa de MST debido a problemas administrativos o decisiones no relacionadas con el progreso del caso).
	Percent of cases removed by funding/referral source	No tiene	Porcentaje de jóvenes egresados por motivos administrativos de la fuente de derivación o financiamiento (el NNA fue retirado del programa porque la fuente de financiamiento o derivación tuvo problemas administrativos o decisiones no relacionadas con el progreso del caso).
	Percent of cases moved	No	Porcentaje de casos trasladados fuera del

[48] Incluye también los indicadores “Número total de formularios SAM recolectados” y “Número promedio de SAM recolectados por terapeuta”. Esta información no se incluyó en la tabla, ya que refieren a los SAM, información que no se encuentra disponible en Chile.

out service area	tiene	área de servicio (la familia se cambió de domicilio a otra comuna donde no está MST)

Fuente: elaboración propia

Cabe destacar que del total de indicadores, fueron excluidos del análisis 9 de ellos por no contar con un *target* claro y por ser complementarios a otros indicadores. Los indicadores seleccionados son los siguientes:

1. Número promedio de casos por terapeuta
2. Promedio de capacidad estimada de servicio anual
3. Cantidad de días de tratamiento en los casos con tratamiento completo
4. Promedio general del puntaje de adherencia (TAM-R)
5. Porcentaje de jóvenes que reportan adherencia al terapeuta (TAM-R) por sobre el umbral establecido
6. Porcentaje de casos que completaron el tratamiento
7. Porcentaje de casos dados de alta debido a la falta de compromiso/adherencia al programa
8. Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a reubicación
9. Porcentaje de TAM-R que se completaron durante el período reportado en el PIR
10. Porcentaje de jóvenes con, al menos, una entrevista TAM-R

- Formulario de revisión del programa.

Cada informe PIR contiene también un formulario de revisión del programa, listado de prácticas y características del programa definidas por MST Services como necesarias para una adecuada implementación del programa. Los profesionales a cargo de completar esta información reportan la presencia/ausencia de estas prácticas, y en caso de que no se estén implementando o existan problemas asociados, pueden complementar la información con una breve descripción cualitativa de la situación.

Este apartado del informe contiene un listado de 41 prácticas estructuradas en tres partes, a saber “Prácticas y características requeridas del programa” (18 ítems), “Prácticas recomendadas adicionales del programa” (8 ítems), “Factores identificados como indicadores potenciales desafíos futuros o en curso a la adherencia del programa e implementación exitosa” (15 ítems).

Los formularios de los PIR disponibles (correspondientes al periodo 2012-2016, generados comunalmente cada seis meses aproximadamente), permiten analizar al nivel de implementación del modelo original MST tanto a nivel general como en cada una de las comunas donde se ejecuta el programa.

5.1.2.3 Documentos revisados.

Como parte de la contextualización, comprensión y análisis del programa MST fueron revisados 38 documentos, relativos al Programa Vida Nueva, antecesor del programa de atención integral familiar actualmente en curso, así como al Programa PAIF en términos generales, su componente de detección (EDT) y de intervención (MST). En este último se distinguió entre documentos relativos al modelo MST en general así como específicos a la implementación en Chile.

Tabla 13: Listado de documentación revisada, por ámbito.

Ámbito	Material
Programa Vida Nueva	1. VN1. Informe "Programa Vida Nueva 2010. Sistema de Gestión Territorial para la intervención con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social", elaborado por Sename y División de Seguridad Pública del Ministerio de Interior. 2010. 2. VN2. Modelo de gestión Vida Nueva, 2010 (ppt) 3. VN3. Antecedentes reformulación Vida Nueva, 2011. División de Seguridad Pública, SPD. 4. VN4. Programa Vida Nueva 2011 (ppt) 5. VN5. Informe final evaluación programa Vida Nueva. Sename, Minjus, 2012 6. VN6. Bases postulación supervisor y terapeuta Vida Nueva 2012
Programa PAIF 24 Horas	7. PAIF1. Minuta Departamento de Reinserción Social, División de Programas y Estudios, SPD. "Programa 24 Horas", diciembre 2015. 8. PAIF2. Informe de gestión del Programa 24 Horas, año 2015 9. PAIF3. "Formulario de presentación de programas sociales nuevos para la evaluación ex-ante" 10. PAIF4. "Evaluación Ex Ante Programas Nuevos. Proceso Formulación Presupuestaria 2015. Programa de Atención Integral Familiar-24 Horas", MDS. 11. PAIF5. Programa 24 Horas Sename 12. PAIF6. PPT 24 Horas oficiales. 13. PAIF7. Instructivo planes de gastos y ejecución presupuestaria programa PAIF-24 Horas 2015. 14. PAIF8. Informe gestión PAIF 24 Horas diciembre 2016 15. PAIF9. Informe final estudio género PAIF 24 Horas 2016 16. PAIF10. Lineamiento complementariedad Sename-SPD 2016 17. PAIF11. Lineamientos y metas PAIF 2017
Equipo Detección Temprana (EDT)	18. EDT1. Minuta revisión 1 puntajes de corte ASSET 2012 19. EDT2. Guía de aplicación de instrumento ASSET 2012. 20. EDT3. Guía de aplicación de instrumento ASSET 2015. 21. EDT4. Instructivo registro de casos componente detección temprana y orientaciones generales para la evaluación de casos, PAIF 24 Horas, 2015.

	22. EDT5. Manual de procedimiento de detección temprana 2015 e instructivo registro de casos de detección temprana y anexos.
Terapia Multi Sistémica (general)	23. MST1. Manual organizacional MST, MST Services, 2011. 24. MST2. Manual del supervisor de MST (en papel) 25. MST3. Panorama General 26. MST4. MST Overview (ppt). 27. MST5. Convenio de Licenciamiento entre la SPD y MST Group 2012 y 2013 28. MST6. Convenio de Licenciamiento entre la SPD y MST Group 2014_1 29. MST7. Convenio de Licenciamiento entre la SPD y MST Group 2014_2 30. MST8. Convenio de Licenciamiento entre la SPD y MST Group 2015 31. MST9. Lineamientos y metas MST en Chile 2015 (marzo) 32. MST10. Lineamientos y metas MST en Chile 2015 (jun) 33. MST11. Multisystemic therapy in Chile: A public sector innovation case study, R. Pantoja, 2015.
Terapia Multi Sistémica (local)	34. MST12. Convenios establecidos entre la SPD y Valparaíso 35. MST13. Convenios establecidos entre la SPD y Recoleta 36. MST14. Convenio establecido entre la SPD y Lampa 37. MST15. Convenio establecido entre la SPD y San Joaquín 38. MST16. Convenio establecido entre la SPD y Puente Alto
Total material = 38	

Fuente: elaboración propia.

Durante la etapa de rastreo e inventario sobre el diseño e implementación de MST en Chile, se ha requerido el apoyo de la SPD para acceder a distintos tipos de documentación que no se encontraban disponibles en línea y/o que corresponden a información de circulación interna a la institución.

5.1.3 Muestra

A continuación, se presenta una tabla en la que se precisa el tipo de técnica utilizada para la recolección de información respecto de cada uno de los actores incluidos en la muestra.

Actor	Fuente de información (Cantidad Realizada/Planeada)		
Implementadores	**Encuestas**	**Entrevistas**	**Focus Group**
Terapeutas MST	133/135	0/0	5/5
Profesionales EDT	0/0	0/0	1/1
Supervisores MST	36/36	5/5	0/0
Consultores MST	5/5	1/1	0/0

Equipo técnico SPD	4/4	2/1	0/0
Gestores	5/5	0/0	0/0
Jefaturas SPD	0/0	5/5	0/0
Profesionales otras instituciones asociadas	0/0	2/2	0/0
Profesionales Municipios	0/0	6/10	0/0
Total instrumentos aplicados	183/185	21/24	6/6

Para las entrevistas semi-estructuradas, a nivel central la propuesta contempló la realización de un total de 7 entrevistas a directivos, profesionales y gestores del programa PAIF 24 horas pertenecientes a la SPD, así como a tres expertos MST. Se propuso que dos de los entrevistados hayan ocupado cargos directivos o de jefatura al momento de comenzar la implementación de MST en Chile, aun cuando actualmente ya no estén ocupando dichos puestos. Esto, dada la relevancia que tiene para la reconstrucción del diseño y la toma de decisiones ocurrida en su momento. A esto se sumaron dos entrevistas a una representante del Departamento Policial Infancia y Adolescencia de la Zonafam de Carabineros y a un encargado técnico de Sename, respectivamente.

Respecto a los expertos, cabe señalar que la propuesta inicialmente contemplaba realizar entrevistas individuales con cada uno de ellos. Considerando las facilidades operativas y la similitud de información y conocimientos dado su rol, finalmente se realizó una entrevista individual con una experta para profundizar en aspectos del diseño e implementación.

A nivel local, la propuesta contempló la realización de entrevistas a actores clave de las 5 comunas que cuentan con oferta MST y que componen la muestra, a saber: alcaldes (o a quien designen en su reemplazo); encargados, jefes o administrativos a cargo de MST comunales, y supervisores MST.

En total, se estimó que serían realizadas 24 entrevistas semi-estructuradas durante el terreno del estudio[49].

La distribución de la muestra se presenta a continuación.

Tabla 14: Muestra entrevistas nivel central y local

Técnica	Institución	Cargo(s)	Total
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Subsecretario de Prevención del delito (2014 a la fecha)	1
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Subsecretario de Prevención del delito (2011-2014)	1
Entrevista	Subsecretaría de	Jefatura División de Gestión	1

[49] Las pautas de entrevista utilizadas se encuentran disponibles en el anexo n°3.

individual	Prevención del Delito	Territorial/ Reinserción social (2011-2014)	
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Jefatura División de Estudios (2014 a la fecha)	1
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Jefatura Departamento Reinserción social (2014 a la fecha)	1
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Profesionales (2) Departamento Reinserción social, Programa PAIF 24 Horas (2011 a la fecha)	1
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito	Consultor Experto MST (2014 a la fecha)	1
Entrevista individual	Subsecretaría de Prevención del Delito – Municipios	Supervisores MST	5
Entrevista individual	Carabineros de Chile	Jefe del Departamento Policial Infancia y Adolescencia, Zonafam	1
Entrevista individual	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Asesor técnico de Sename	1
Entrevista individual	Municipios	Alcalde	5
Entrevista individual	Municipios	Encargados, jefes o administrativos a cargo de MST comunales	5
Total de entrevistas individuales: 24			

En cuanto a los grupos focales, en un estudio es posible tener uno o varios grupos que se reúnan en una o varias sesiones. La presente investigación sugirió la realización de 6 grupos focales donde varios grupos de personas participaron de una única sesión. De estos, 5 *focus groups* se practicaron con los equipos de MST, esperándose la asistencia de 4 personas en promedio, considerando que tal es el número de terapeutas establecido por MST Services para conformar un Equipo comunal. Por su parte, también se contempló la realización de un *focus group* con profesionales de EDT, que contara con la presencia de las duplas de profesionales en el caso de 4 comunas y de un representante en el caso de la quinta comuna participante del estudio.

La distribución de la muestra se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 15: Muestra *focus groups* nivel municipal

Técnica	Institución	Cargo(s)	Total
Grupos focales	SPD – Municipios	Profesionales de Equipos EDT	1
Grupos focales	SPD – Municipios	Terapeutas de equipos clínicos MST	5
Total grupos focales: 6			

5.1.4 Levantamiento y aplicación de instrumentos

5.1.4.1 Encuesta "Evaluación de prácticas de implementación en MST"

La encuesta "Evaluación de prácticas de implementación en MST"[50] fue aplicada a través de una encuesta online, especialmente diseñada para este propósito, entre el 30 de noviembre y 19 de diciembre de 2016, ambas fechas inclusive, a todos los funcionarios directos que participaban regularmente en la gestión o implementación del programa en ese momento. Para contactarlos fue necesario que los profesionales del equipo técnico de la SPD proveyeran el listado completo de correos electrónicos de profesionales a encuestar y les transmitieran la importancia de dicha encuesta para el proceso de evaluación del Programa, promoviendo la respuesta de los profesionales.

En total, fueron encuestados 185 funcionarios en los distintos niveles organizacionales del programa[51], tal como se detalla en la Tabla Nº16.

Tabla 16: Descripción de la Muestra

Cargo	Encuestados	% respecto al total
Terapeuta	135	72,9
Supervisor/a	36	19,5
Consultor/a	5	2,7
Gestor/a	5	2,7
Equipo técnico SPD	4	2,2
Total	185	100

El instrumento de evaluación consistió en 86 ítems o preguntas categóricas, organizadas en 9 ejes distintos. La disposición del número de preguntas por eje se detalla a continuación:

Tabla 17: Ítems por Eje

Eje	Descripción Eje	Cantidad de ítems
Eje 1	Reclutamiento y selección del equipo MST	9
Eje 2	Entrenamiento y capacitación del equipo MST	10

[50] También denominada consulta online a lo largo del documento.

[51] La base de datos con los contactos de los profesionales a ser encuestados correspondía a 189 funcionarios, consistente en 14 profesionales a nivel central (Equipo técnico SPD, Gestores y Consultores), y 175 profesionales a nivel local (Terapeutas y Supervisores). De este modo, se logró una tasa de respuesta al instrumento del 97,9%, donde tan sólo 2 terapeutas no respondieron.

Eje 3	Desarrollo continuo del equipo MST	12
Eje 4	Evaluación de adherencia (fidelidad)	9
Eje 5	Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	10
Eje 6	Soportes de facilitación administrativa	7
Eje 7	Intervención de redes	8
Eje 8	Liderazgo[52]	13
Eje 9	Implementación a nivel local	8
Total = 86		

Cada uno de los 86 ítems aquí estudiados está asociado a alguna buena práctica implementada en el programa MST, frente a las cuales los encuestados debieron responder en base a su percepción de dicha práctica en el ámbito profesional. Cada eje está compuesto por un conjunto de ítems que asocian buenas prácticas referidas a dicho eje.

Todas las prácticas presentadas tenían 4 posibles respuestas, a saber, **Totalmente, Parcialmente, No** y **No sé.** Además se registró un número menor de preguntas sin respuesta (*missing*). El porcentaje de *missing* en las respuestas, también denominado no respuesta al ítem, ascendió a 0,26%, con lo cual el 99,74% de preguntas obtuvo una respuesta válida, no *missing*.

5.1.4.1.1 Análisis de la fiabilidad del instrumento

Para verificar la fiabilidad del instrumento utilizado se realizó un análisis de consistencia interna, el cual permite examinar el grado de consistencia entre cada una de las preguntas y el indicador subyacente al eje.

Para esto, se utilizó el estimador Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). En esencia, este coeficiente indica cuánta correlación existe entre las preguntas que van enfocadas en un mismo concepto abstracto, en este caso eje. Si existe alta correlación (cercano a 1), se dice que el instrumento tiene alta consistencia interna, y por tanto su utilización para estudio es válida.

George y Mallery (2003, p. 231), proponen utilizar el siguiente criterio para evaluar el coeficiente de Alpha de Cronbach:

[52] La escala de respuestas original del Eje 8 fue modificada durante la adaptación del instrumento, esto con el objetivo de unificar una misma escala para todos los ejes.

Tabla 18: Criterios para evaluar coeficiente Alpha de Cronbach

Coeficiente Obtenido	Relación	Valor	Consistencia Interna
Coeficiente Alpha	>	0,9	Excelente
Coeficiente Alpha	>	0,8	Buena
Coeficiente Alpha	>	0,7	Aceptable
Coeficiente Alpha	>	0,6	Cuestionable
Coeficiente Alpha	>	0,5	Pobre
Coeficiente Alpha	<	0,5	Inaceptable

Fuente: elaboración propia.

A continuación se presentan los resultados empíricos para el Alpha de Cronbach obtenidos a partir de la aplicación del instrumento en Chile.

Tabla 19: Coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach para cada eje

Eje	Coeficiente Alfa de Cronbach	Consistencia Interna
Reclutamiento y selección del equipo MST	0,697	Cuestionable
Entrenamiento y capacitación del equipo MST	0,747	Aceptable
Desarrollo continuo del equipo MST	0,813	Buena
Evaluación de adherencia (fidelidad)	0,813	Buena
Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	0,798	Aceptable
Soportes de facilitación administrativa	0,88	Buena
Intervención de redes	0,92	Excelente
Liderazgo	0,921	Excelente
Implementación a nivel local	0,84	Buena

Como se observa en la tabla anterior tan sólo 1 eje muestra una consistencia cuestionable, la cual, sin embargo, se encuentra muy cercana a 7, que es justo el umbral en que la consistencia del indicador podría ser considerada como aceptable. Por otro lado, también es posible notar que la mayoría de los ejes muestran una consistencia interna buena, es decir cuentan con un Alpha de Cronbach mayor a 8, e incluso en 2 casos la consistencia es excelente.

Adicionalmente se computaron los coeficientes diferenciando por cargo, los cuales en general también mostraron una alta consistencia interna. A continuación se muestra este detalle.

Tabla 20: Coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach para cada eje del instrumento, agrupado por Cargo.

Ejes de implementación	Terapeuta	Supervisor/a	Equipo técnico SPD	Gestor/a	Consultor/a
Reclutamiento y selección del equipo MST	0,706	0,813	0,742	0,663	0,839
Entrenamiento y capacitación del equipo MST	0,693	0,727	1*	0,962	0,584
Desarrollo continuo del equipo MST	0,743	0,501	0,881	0,938	0,778
Evaluación de adherencia (fidelidad)	0,815	0,656	0,788	0,968	0,881
Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	0,823	0,403	0,928	0,759	0,902
Soportes de facilitación administrativa	0,854	0,840	0,717	0,790	0,914
Intervención de redes	0,916	0,852	0,923	0,940	0,958
Liderazgo	0,908	0,888	0,931	0,967	0,962
Implementación a nivel local	0,845	0,817	0,901	0,902	0,837

*Este valor se computa usando un método estandarizado del Alpha de Cronbach, ya que el método usual arrojaba un valor ligeramente mayor que 1.

Fuente: elaboración propia.

5.1.4.1.2 Tasas de respuesta

Es fundamental para el análisis considerar que la tasa de respuestas, considerando el universo de profesionales integrantes del programa MST, es considerablemente alta, 97,3% según la estimación expuesta, por lo que toda conclusión obtenida a partir de este instrumento corresponde a una caracterización del MST en su totalidad.

5.1.4.2 Entrevistas y *focus groups*

Considerando la contingencia política nacional por las elecciones municipales que tuvieron lugar durante octubre del 2016, la planificación del trabajo de campo en un primer momento priorizó la realización de entrevistas con actores clave del nivel central que

pudieran proveer información relevante para comprender aspectos de política pública, diseño e implementación del programa MST en Chile en términos generales.

En un segundo momento, se priorizó la realización de entrevistas con actores del nivel local que estuvieran ocupando cargos políticos o técnicos vinculados con la implementación del Programa MST en las 5 comunas que componen la muestra (Valparaíso, Lampa, Recoleta, San Joaquín y Puente Alto). Cabe destacar que pese a todos los esfuerzos realizados por conseguir las entrevistas, de los cinco alcaldes que se esperaba fueran entrevistados, sólo lo fue quien era Alcalde municipal de Valparaíso en ese momento.

Finalmente, una vez recolectada la información cualitativa a nivel comunal, se retomaron las entrevistas a actores clave del nivel central durante el mes de septiembre. La última entrevista realizada fue a la Jefa del Departamento Policial Infancia y Adolescencia de la Zonafam de Carabineros de Chile, en marzo de 2017.

Para lograr contacto con los entrevistados se llevó a cabo una estrategia con acciones combinadas: en coordinación con profesionales del Departamento de Reinserción Social, se agendaron las entrevistas con los profesionales del departamento y se transmitió a los supervisores de los equipos MST comunales que serían contactados para efectos del estudio. A través de oficios emanados desde el Departamento de Reinserción Social de la SPD se estableció contacto oficial con las alcaldías de las cinco comunas de la muestra, mensaje reforzado por los gestores con las contrapartes municipales. Todas las gestiones realizadas por profesionales de la SPD, fueron reforzadas por el equipo de FPC a cargo de concretar las entrevistas y administrar la agenda del trabajo de campo.

Durante el trabajo de campo fueron realizadas 21 entrevistas de manera presencial (ver detalles en la Tabla Nº21). La mayoría de las entrevistas se realizó en distintas locaciones de la Región Metropolitana, y tres de ellas fueron realizadas en la Región de Valparaíso. Por otra parte, se realizaron 6 *focus groups*, 5 de ellos en la Región Metropolitana con profesionales del equipo clínico MST y duplas de EDT.

Cabe señalar que una de las limitaciones de este estudio es la sub-representación de los Gestores comunales, cuya percepción sobre el programa sólo fue recogida a través del instrumento cuantitativo de Fixsen. Respecto a los usuarios, se cuenta con información respecto a la percepción o experiencia con la terapia de las familias atendidas por el programa, sin embargo no fue incluida en la evaluación de implementación sino en el análisis integrado de los resultados.

Tabla 21: Entrevistas y *focus groups* realizados durante trabajo de campo

Nivel	Comuna/ Institución	Rol	Nombre	Fecha	Lugar
Central	SPD	Profesionales Equipo técnico	Fabiana Castro y César Aranda	21-jul-2016	Oficinas SPD, Santiago Centro
Central	n/a	Jefatura (ex)	Rodrigo Pantoja	27-jul-2016	Oficinas FPC, Providencia
Local	Valparaíso	Alcalde	Jorge Castro	04-ago-2016	Dependencias municipales, Valparaíso
Local	Valparaíso	Contraparte	Marisol Fariña	04-ago-2016	Dependencias municipales, Valparaíso
Local	San Joaquín	Contraparte	Mary Sánchez	09-ago-2016	Oficina Corporación Municipal, San Joaquín
Local	Lampa	Supervisora	Francisca Sáez	03-ago-2016	Santiago Centro
Local	Recoleta	Contraparte	Marcela Chávez	12-ago-2016	Dependencias municipales, Recoleta
Local	Recoleta	Supervisora	Cecilia Quiroz	12-ago-2016	Dependencias municipales, Recoleta
Local	Puente Alto	Contraparte	Olga González del Riego	18-ago-2016	Oficinas FPC, Providencia
Local	Valparaíso	Supervisora	Claudia Cordero	22-ago-2016	Valparaíso
Local	Lampa	Contraparte	Margarita Jordán	24-ago-2016	Dependencias municipales, Lampa
Local	San Joaquín	Supervisor	Camilo Barrionuevo	30-ago-2016	Santiago Centro
Local	Puente Alto	Supervisor	Leonardo Santibáñez	30-ago-2016	Dependencias municipales, Puente Alto
Central	SPD	Experta	Verónica Villablanca	08-sep-2016	Oficinas SPD, Santiago Centro
Central	Sename	Profesional Programa 24 Horas	Felipe Vargas	21-sep-2016	Oficinas FPC, Providencia
Central	Depto.	Jefatura	Darío	18-oct-2016	Oficinas SPD,

	Reinserción Social SPD		Mellado		Santiago Centro
Central	División de Estudios SPD	Jefatura	Luis Vial	24-oct-2016	Oficinas SPD, Santiago Centro
Central	División de Estudios SPD	Jefatura	Luis Vial	16-nov-2016	Oficinas SPD, Santiago Centro
Central	SPD	Subsecretario	Antonio Frey	17-nov-2016	Oficinas FPC, Providencia.
Central	n/a	Subsecretario (ex)	Cristóbal Lira	06-dic-2016	Huechuraba
Central	Depto. Policial Infancia y Adolescencia Zonafam - Carabineros	Teniente Coronel	Claudia Cacciuttolo	15-mar-2017	Dependencias Zonafam, Providencia
Central	Depto. Reinserción Social SPD	Profesionales Equipo técnico	F. Castro y D. Guerra	20-mar-2017	Oficinas SPD, Santiago Centro
Total entrevistas: 21[53]					
***Focus groups* realizados**					
Local	Recoleta	Terapeutas MST	n/a	28-sep-2016	Oficina Municipal, Recoleta
Local	Todas	Profesionales EDT	n/a	06-oct-2016	Auditorio SPD, Santiago Centro
Local	Puente Alto	Terapeutas MST	n/a	12-oct-2016	Oficina municipal, Puente Alto
Local	Lampa	Terapeutas MST	n/a	13-oct-2016	Oficina del programa, Lampa
Local	San Joaquín	Terapeutas MST	n/a	25-oct-2016	Oficina del programa, San Joaquín
Local	Valparaíso	Terapeutas MST	n/a	28-oct-2016	Oficinal del programa, Valparaíso
Total *Focus Groups*: 6					

[53] Si bien en el caso del jefe de estudios de la SPD la entrevista se realizó en dos momentos distintos, ha sido contabilizada como una entrevista.

5.1.4.3 Datos secundarios PIR

El instrumento PIR o reporte de implementación del programa, generado cada seis meses aproximadamente, contiene información cuantitativa y cualitativa relevante a nivel comunal que fue utilizada para la evaluación.

En agosto del 2016 se sostuvo una reunión entre profesionales de la SPD y FPC con la finalidad de acceder a la plataforma de MSTI y determinar qué información relevante era posible obtener para el análisis de implementación (a nivel de terapeutas, comunas y nacional). Haciendo uso de un computador y proyector, los participantes pudieron visualizar la plataforma de MSTI para Chile, a través de la cuenta de la Desarrolladora de Programas. De forma conjunta se estableció qué datos que interesaban para el análisis de implementación estaban disponibles (datos definidos previamente por el equipo FPC y otros que no). El acuerdo fue exportar los siguientes datos de la página de MSTI a formato Excel:

- Reporte PIR agregado para todas las comunas por bloque (cada seis meses aproximadamente), desde la fecha correspondiente a la toma del primer caso a nivel comunal (inicio de intervención) a la fecha (agosto de 2016). Incluye el detalle sobre las fechas específicas de los reportes PIR por comuna.
- Reporte *dashboard* a nivel nacional, desde el comienzo de la implementación a la actualidad (periodo 1-ene-2012 y 31-dic-2016).

Además, a petición del equipo evaluador, el equipo técnico de la SPD hizo envío de una planilla Excel con todas las observaciones generadas durante la implementación del programa en el apartado Formato de revisión del PIR.

Esta información fue complementada con datos relativos a la rotación de los equipos MST, que no se encontraba disponible inicialmente. Los datos entregados por el equipo técnico de la SPD contenían información a nivel comunal sobre la cantidad de profesionales que habían rotado en el equipo según 4 tipos de motivos de salida:

- Renuncia: terapeuta pone término a su contrato en general por tener una oportunidad laboral distinta, baja motivación por ejecutar el modelo o interferencia del modelo con la vida personal.

- Despido: desvinculación de terapeutas motivado principalmente porque se detecta que no visitan a las familias en las frecuencias reportadas en semanales o requeridas por estándar del modelo.

- Promoción: terapeutas en ejercicio que son seleccionados para ocupar el cargo de supervisor del mismo u otro equipo MST.

- Cambio: terapeutas que solicitan traslado de equipo de origen motivados principalmente por razones familiares y son aceptados por equipo MST de destino, el cual tiene una vacante.

5.1.4.4 Facilitadores y obstaculizadores del proceso de recolección de datos

En el proceso de recolección de datos fue posible identificar los siguientes *facilitadores*:

- Un grupo importante de actores considerados para el estudio de implementación pertenecen, dependen o mantienen relaciones con la SPD.

  El diseño e implementación del programa MST tuvo lugar en la SPD, por lo cual gran parte de los actores considerados para el estudio, dado el manejo de información que tienen sobre el proceso, están o han estado vinculados a la Subsecretaría. Esto facilitó el acceso a los entrevistados y la coordinación de agenda para el trabajo de campo.

- Profesionales de la SPD informaron sobre la realización del estudio de implementación transmitiendo la importancia del trabajo de campo a los distintos actores involucrados en MST del nivel local.

  La implementación de MST a nivel local involucra a supervisores, equipo de terapeutas y contraparte municipal. Profesionales de la SPD transmitieron vía correo y telefónicamente a los equipos comunales y contrapartes municipales las características del estudio e importancia de colaborar para que se realizara el trabajo de campo.

  Esto fue particularmente importante en el caso de las contrapartes municipales, con quienes la vinculación podría haber sido menos directa, por lo cual la labor de los gestores fue clave para lograr concretar la totalidad de las entrevistas planificadas.

- Supervisores MST estuvieron alineados con la relevancia del estudio, facilitando la coordinación del trabajo de campo a nivel local.

  Se pudo percibir en terreno que los supervisores estaban alineados con la SPD en términos de la necesidad de ejecutar el presente estudio, destacando la relevancia

de la evaluación de impacto y sus resultados para el Programa MST. Esto facilitó la coordinación de agenda con ellos, reforzaron la importancia del estudio con las contrapartes intentando apoyar la realización de entrevistas con ellos, y mostraron disponibilidad para coordinar la realización de los *focus groups* con los equipos.

- Profesionales del programa cooperaron durante la aplicación del instrumento "Evaluación de prácticas de implementación en MST" del estudio de evaluación.

  Distintos factores estuvieron involucrados en la alta tasa de respuesta obtenida en la aplicación del instrumento cuantitativo en base a Fixsen et al. (2015) a los profesionales de distintos niveles del programa MST. Por señalar algunos, fue favorable contar con la totalidad de correos electrónicos de los profesionales oportunamente, que el mensaje fuera transmitido desde el nivel central a los equipos comunales en varias ocasiones, que los supervisores reforzaran el mensaje a los equipos clínicos y que los profesionales estuvieran interesados en participar.

- Disponibilidad de datos del programa en la plataforma MSTI y acceso a los datos por parte del equipo evaluador FPC.

  El programa MST cuenta con una importante cantidad de datos e información disponible en su plataforma MSTI, a nivel nacional y comunal, desde el inicio de la ejecución del programa. El equipo técnico de la SPD ha facilitado oportunamente el acceso a los datos, lo que ha permitido hacer una revisión tanto del proceso como del momento actual en que se encuentra MST.

Por el contrario, durante el proceso hubo también una serie de *obstaculizadores*:

- Imposibilidad para agendar y/o concretar entrevista con la mayoría de los Alcaldes/as.

  En época de campañas electorales, la agenda de los alcaldes o el tiempo disponible para atender requerimientos se reduce considerablemente. Las campañas suponen realizar un conjunto de actividades que fueron priorizadas por los gabinetes municipales por sobre dar tiempo a una entrevista voluntaria y con fines investigativos.

  Los oficios a los Alcaldes fueron enviados en formato físico y digital desde la SPD entre el 13 y el 15 de julio del 2016, contemplando la posible demora en su respuesta pero considerando alrededor de 6 semanas para agendar las entrevistas. Esto no fue suficiente, tampoco las gestiones realizadas desde gabinete de la SPD y

el Departamento de Reinserción Social, pues como se informó, hasta la fecha sólo fue posible concretar una entrevista.

- Producto de la priorización de agenda para Alcaldes/as, hubo retrasos en la ejecución de *focus groups* con los equipos comunales y representantes de la SPD respecto a lo planificado.

  Durante el trabajo de campo el equipo FPC priorizó tener agenda disponible para responder de manera efectiva a la calendarización con Alcaldes/as, considerando la posible falta de flexibilidad de sus agendas. Esta estrategia, que fue acordada con la SPD, enlenteció el trabajo de campo con los equipos comunales y representantes de la SPD (jefaturas, específicamente).

- Demora en el cierre del trabajo de terreno.

Si bien las gestiones para concertar la entrevista con la jefa del Departamento Policial Infancia y Adolescencia de Zonafam de Carabineros se iniciaron a comienzos del segundo semestre del 2016, no fue posible concretar la entrevista hasta marzo del 2017. Formalmente, las razones para la demora en consentir la entrevista estaban dadas por la demora en la firma del convenio entre Carabineros y la SPD. Producto de la demora de esta entrevista es que la recolección de datos se prolongó más tiempo del planificado.

5.1.5 Categorías de análisis

Para describir el diseño del Programa se propusieron dimensiones de análisis que permitiesen describir y comprender el programa MST, identificando recursos, actividades y resultados esperados. De manera general, se espera responder qué es MST, en quien se enfoca, qué es lo que hace, dónde lo hace, en qué momento, de qué manera y con cuántas personas (Morra-Imas L. , 2009). En esta evaluación se consideran, por tanto, atención a aspectos tanto político-conceptuales como técnicos del Programa.

Para la evaluación de la implementación de MST en Chile se incluyeron dimensiones relativas a la fidelidad, así como las dinámicas institucionales que inciden en su ejecución a nivel local, de manera de dar cuenta de la percepción de diversos actores involucrados en la implementación de MST a nivel de equipos y organizaciones proveedoras. Se enfatizó en identificar nudos críticos de la implementación, fortalezas y obstáculos de la implementación a nivel local, tanto a nivel general como de las 5 comunas que conforman la muestra del estudio de casos.

Cabe destacar que dicho énfasis sumado a la estrategia cualitativa de recolección de información del estudio, supone que en el análisis fueran identificadas categorías emergentes no previstas por el equipo evaluador.

Tabla 22: Categorías de análisis

Diseño		
Contexto	Políticas públicas para jóvenes con riesgo delictivo	• Diagnóstico de la problemática de reinserción social en jóvenes con riesgo delictivo • Razones para implementar un programa basado en la evidencia en el país • Criterios de priorización en este grupo de la población, y objetivos de intervención a través de política pública • Aprendizajes de políticas y programas anteriores
	Instalación del Programa MST en Chile	• Criterios de selección de las comunas participantes • Convenios a nivel nacional e internacional • Institucionalidad pública que sustenta el Programa PAIF 24 horas/ MST
Modelo	Formulación y modelo MST	• Objetivos • Población objetivo y criterios de inclusión/exclusión • Recursos disponibles • Actividades del programa • Aseguramiento de la calidad
Implementación		
Fidelidad	Componentes principales de la implementación	• Reclutamiento y selección del equipo • Entrenamiento y capacitación • Desarrollo continuo del equipo • Evaluación de adherencia • Sistemas de datos para el apoyo de decisiones • Soportes de facilitación administrativa • Intervención de redes • Liderazgo
	Antecedentes de los equipos clínicos MST	• Caracterización y cualificaciones del Equipo • Rotación del equipo MST • Motivación e intereses del equipo
Contexto y dinámicas institucionales	Apoyo organización proveedora	• Comprensión del modelo en distintos niveles de la organización • Compromiso y apoyo municipal/local al programa
	Financiamiento y gestión administrativa	• Gestión administrativa municipal/local • Sistemas de contratación y continuidad laboral • Disponibilidad de recursos (financieros y no financieros)
	Relaciones interinstitucional	• Relaciones entre MST y otros programas e instituciones

	es	• Calidad de la red de intervención psicosocial local: coordinación, densidad, complementariedad y continuidad de la intervención.

Fuente: elaboración propia.

5.1.6 Plan de análisis

El plan de análisis de los datos para este estudio supone bastante complejidad, por la diversidad de fuentes de información y niveles de análisis, razón por la cual se ha estructurado en tres partes, conforme a la estrategia de evaluación ya descrita.

En primer lugar, los datos obtenidos en el instrumento cuantitativo "Evaluación de prácticas de implementación en MST" basado en Fixsen et al. (2015) permiten analizar el nivel de implementación de las mejores prácticas observadas en programas basados en evidencia.

Específicamente, para el análisis a nivel agregado se considera:

- Los Ejes o *drivers* de implementación, a saber: reclutamiento y selección del equipo MST, entrenamiento y capacitación del Equipo; desarrollo continuo del Equipo; evaluación de adherencia (fidelidad); sistema de datos para el apoyo de decisiones; soportes de facilitación administrativa; intervención de redes, liderazgo e implementación a nivel municipal.

- Cargo de quienes respondieron la encuesta, a saber: terapeuta, supervisor, gestor, consultor experto y equipo técnico de la SPD.

De este modo, se presentarán los resultados del instrumento aplicado a partir de tablas y gráficos descriptivos con las proporciones de respuesta por ítem, puntajes simples por indicador y puntajes ponderados uniformemente por cargo, para evitar la sobre-representación de los grupos más numerosos como por ejemplo terapeutas y supervisores MST.

En segundo lugar, para analizar en términos generales la evolución del programa MST en Chile se utilizan indicadores de implementación del programa contenidos en el informe PIR. Estos son analizados en términos temporales, enfatizando el t*iempo que lleva MST en cada una de las comunas* (perspectiva local) más que el t*iempo que lleva el programa MST siendo implementado en Chile* (perspectiva agregada). En consecuencia, para distinguir el tiempo de implementación se utiliza la unidad de "semestre", correspondiente al periodo de presentación de un PIR para cada comuna.

Del total de indicadores del PIR, se selecciona indicadores que tengan relevancia para la medición de adherencia y luego, de ser pertinente, son clasificados en dimensiones de análisis. Luego se realizan análisis cuantitativos descriptivos, específicamente a partir del análisis de medias para cada semestre de implementación comunal, tanto a nivel agregado como para cada comuna.

En tercer lugar, se analizan los datos cualitativos de entrevistas y *focus groups* recogidos durante el terreno del estudio de casos, mediante la técnica de análisis temático, para lo cual se ocupará un Software profesional para el análisis cualitativo. Se utilizan las categorías de análisis descritas anteriormente y a las cuales es posible se agreguen categorías emergentes del discurso de los entrevistados.

Esta información es triangulada con aquella proveniente de otras fuentes de información de manera tal de profundizar en la comprensión de la implementación del programa. Se analizará la información cualitativa contenida en la plataforma MSTI, específicamente en el "formato de revisión" del PIR, con el objetivo de analizar el proceso de implementación comunal durante sus respectivos semestres, haciendo descripciones cualitativas de los problemas reportados por los equipos respecto al estándar óptimo. También se analizarán y codificarán las preguntas relativas a obstaculizadores y recomendaciones para la implementación a nivel local que fueron incorporadas al instrumento basado en Fixsen et al. (2015).

El análisis describirá elementos relativos al proceso de implementación a nivel general y de casos o nivel específico, así como las opiniones de los participantes del estudio según el nivel en el cual se desempeñen. Se busca analizar las percepciones de quienes se desempeñan como ejecutores en los niveles ya señalados, identificando los temas y nudos críticos en la implementación de MST en Chile. Se espera con ello lograr abordar la complejidad de la implementación desde distintas fuentes y facilitar la comprensión de la especificidad local de la implementación.

5.2 Análisis de resultados

En este módulo se presentan los resultados del estudio de implementación. En la primera parte se presentan los resultados del nivel de implementación en Chile respecto al estándar ideal para programas basados en la evidencia, según la percepción de los profesionales que se desempeñan en el programa MST a nivel central y local al año 2016. Este análisis otorga una perspectiva general sobre la implementación del programa, visibilizando el desempeño de buenas prácticas de MST en las distintas áreas identificadas por los expertos de la ciencia de la implementación (Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, 2015).

La segunda parte contiene el análisis de los indicadores de fidelidad del modelo MST que se han reportado durante el tiempo que lleva en el país. Los datos analizados estaban contenidos en los reportes de implementación del programa (PIR) correspondientes a los 7 semestres de ejecución a nivel comunal que llevan las comunas más antiguas hasta 2 semestres que llevan las comunas más nuevas. Al considerar tanto los semestres de ejecución como las comunas donde se instala el programa, se logra visualizar la dinámica del rendimiento de la implementación.

En la tercera parte, para profundizar en la comprensión del proceso de implementación en Chile, se presentan los resultados cualitativos de los principales obstáculos y fortalezas reportadas por los equipos MST desde 2013 a la fecha. Se han triangulado distintas fuentes de información, con el objetivo de relevar la perspectiva de los profesionales ejecutores del programa sobre aspectos relevantes para la viabilidad del programa, y se han incluido elementos comunes así como las divergencias según el cargo que desempeñan los entrevistados.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

5.2.1 Nivel de implementación de buenas prácticas para Programas Basados en la Evidencia

La primera estrategia utilizada para evaluar el programa fue la aplicación del instrumento "Evaluación de prácticas de implementación en MST", que como se señaló está diseñado para cotejar el nivel de implementación de MST respecto a las mejores prácticas observadas en programas basados en evidencia.[54] Específicamente, el instrumento buscaba obtener información acerca de la percepción que mantienen los profesionales a cargo de la gestión e implementación del programa MST sobre el nivel de implementación de 86 buenas prácticas.

Dicho nivel estaba determinado por una respuesta categórica que indica si la buena práctica ha sido: totalmente implementada, parcialmente implementada o no ha sido implementada en absoluto. Con esto en consideración, los resultados son presentados de dos formas, tanto como porcentajes de respuesta como puntajes. Los porcentajes de respuesta son obtenidos para cada una de las categorías de respuesta posibles sobre el nivel de implementación de las buenas prácticas, además de las categorías no sabe y no

[54] En el apartado metodológico del estudio de implementación se ha presentado con mayor detalle el objetivo del instrumento, su contenido y aplicación.

responde. Por otro lado, los puntajes se obtienen como promedios simples de los valores asignados a cada una de las categorías de respuesta seleccionadas por los encuestados, valores que se consignan en la tabla siguiente.

Tabla 23: Valor asociado a cada categoría de respuestas

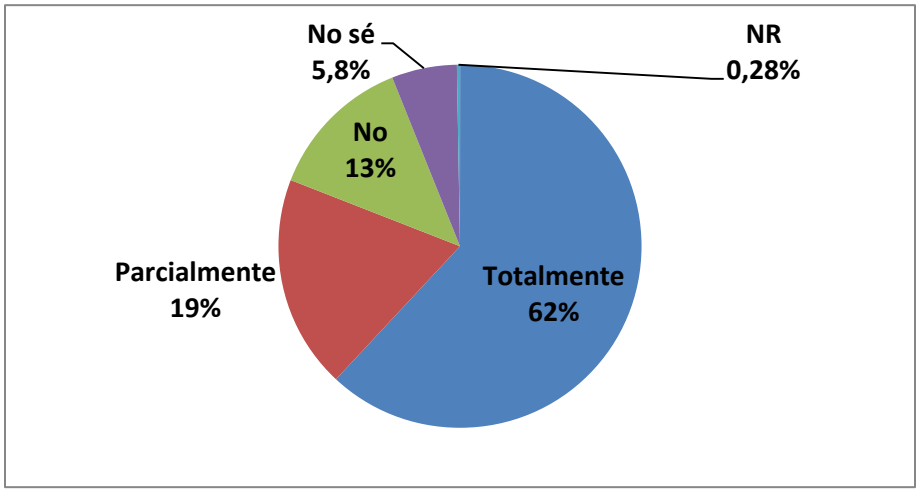
Categoría de respuesta	Valor
Totalmente implementado	2
Parcialmente implementado	1
No implementado	0

De este modo, cada puntaje puede tener como mínimo un valor igual a cero y como máximo un valor igual a 2, así un valor mayor del puntaje promedio indicaría un mayor nivel de implementación en el Eje estudiado o en la buena práctica específica en caso que el promedio se calcule sólo para dicha práctica. Las categorías No sé y Sin respuesta (*missing*) no son consideradas dentro del universo de respuestas válidas al momento de obtener los puntajes.

5.2.1.1 Resultados generales: alto grado de implementación de buenas prácticas en el programa MST en Chile.

Una primera aproximación a los resultados generales que arrojaría el instrumento puede ser obtenida a partir de los porcentajes de respuesta por categoría para la totalidad de buenas prácticas consultadas.

Gráfico 1: Porcentajes de respuestas por categoría



De acuerdo con el gráfico anterior, para las 86 preguntas del instrumento, los encuestados indican que en el 62% de las veces las buenas prácticas consultadas han sido implementadas totalmente, mientras que tan sólo un 13% de las veces estas prácticas no han sido implementadas en absoluto. Más aún, el 81% de las buenas prácticas consultadas se indica como parcial o totalmente implementada, porcentaje que sería aún mayor, 89% específicamente, si no se consideraran las categorías: no sabe y no responde, dentro del universo de respuestas válidas. En consecuencia, en términos generales se observa un alto grado de implementación de buenas prácticas en el programa MST en Chile.

5.2.1.2 Resultados por ejes de implementación

En la Tabla Nº24 se muestran los resultados para cada uno de los ejes de implementación contemplados en el estudio, partiendo por los porcentajes de respuesta obtenidos para cada eje.

Tabla 24: Frecuencia de respuestas por eje

	Reclutamiento y selección del equipo MST	Entrenamiento y capacitación del equipo MST	Desarrollo continuo del equipo MST	Evaluación de adherencia (fidelidad)	Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	Soportes de facilitación administrativa	Intervención de redes	Liderazgo	Implementación a nivel municipal
Totalmente	69%	**76%**	70%	72%	65%	51%	**38%**	58%	51%
Parcialmente	20%	11%	11%	17%	16%	19%	24%	26%	29%
No	3%	2%	2%	3%	6%	**8%**	10%	7%	**12%**
Ns/Nr	7%	12%	17%	8%	14%	**21%**	**28%**	9%	7%

Fuente: elaboración propia.

De la tabla anterior obtenemos que los ejes con un mayor nivel de implementación en términos globales son: 'Entrenamiento y capacitación del equipo MST' y 'Evaluación de adherencia', mientras el peor nivel de implementación se encuentra en el eje asociado a la 'Implementación a nivel municipal' seguido por los ejes de 'Intervención de redes' y 'Soportes de facilitación administrativa'. De la misma forma, se pueden observar que los

ejes menos conocidos por los funcionarios son 'Intervención de redes' y 'Soportes de facilitación administrativa', con un 28% y un 21% de Ns/Nr respectivamente.

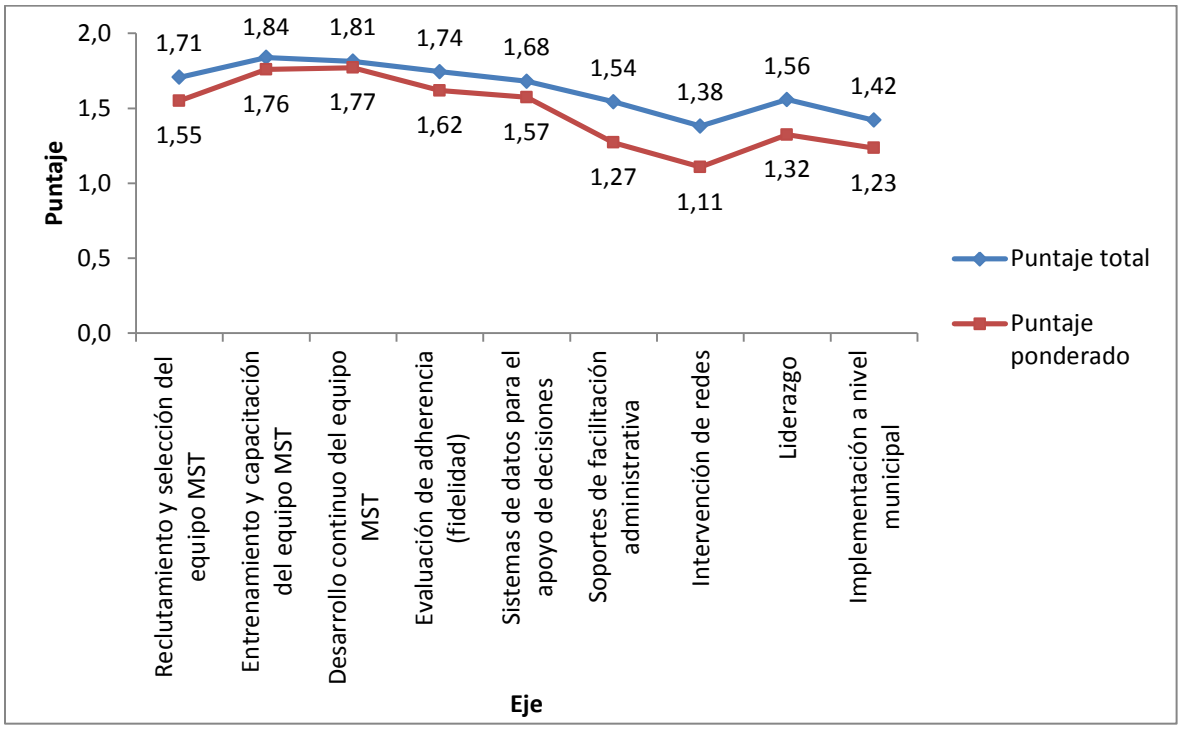
Al considerar los puntajes para cada eje se observa que en promedio la evaluación de todos los ejes es superior a 1, es decir, la valoración del nivel de implementación promedio por parte de los funcionarios se encuentra entre Total y Parcialmente implementado para todos los ejes estudiados, con un promedio general de 1,65 (ver tabla en el anexo nº2).

Ahora bien, si se analizan los puntajes para cada uno de los ejes distinguiendo por cargo del encuestado, se observa que los puntajes totales por eje están altamente asociados a los puntajes obtenidos a partir de la respuesta de los Terapeutas[55]. Por este motivo, el análisis no puede ser realizado sin tener en consideración los distintos cargos.

Se propone considerar tanto los puntajes totales como una versión alternativa de los indicadores originales ponderándolos por cargo, en el cual cada cargo tenga la misma ponderación en el puntaje agregado, evitando así sobre-ponderar la percepción de los terapeutas. A continuación se presentan gráficas comparativas por eje con los respectivos puntajes obtenidos.

[55] Este grupo representa más del 70% del total de encuestados en este instrumento, por ello, el impacto que los Terapeutas tienen en los indicadores agregados es muy alto.

Gráfico 2: Puntaje de implementación promedio, total y ponderado, por eje



Fuente: elaboración propia.

Al considerar los puntajes para cada eje, se observa que en promedio la evaluación de todos los ejes es superior a 1, es decir, la valoración del nivel de implementación promedio por parte de los funcionarios se encuentra entre Total y Parcialmente implementado para todos los ejes estudiados, con un promedio general de 1,63 en el indicador original y 1,47 en el indicador ajustado.

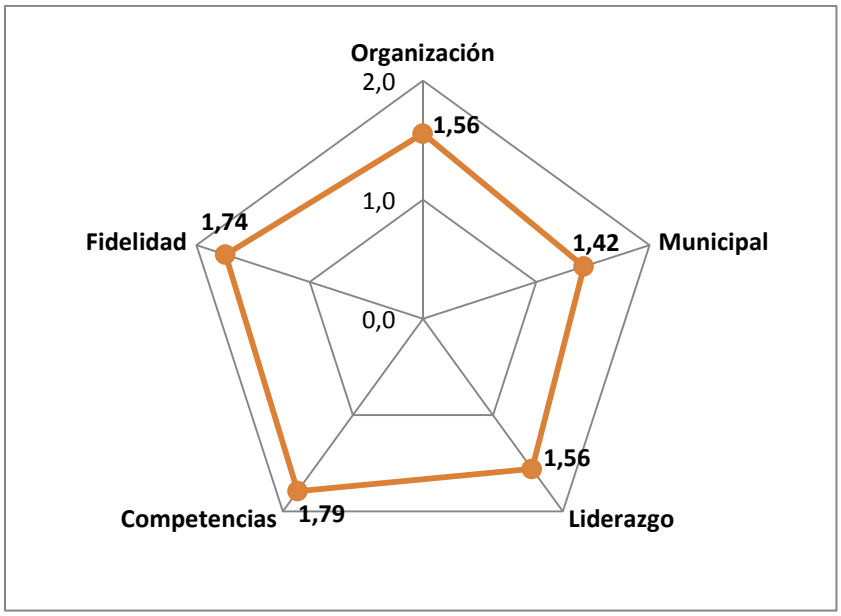
Ahora bien, la línea roja, constituida por el indicador ponderado, se encuentra ligeramente por debajo del puntaje total, evidenciando un menor nivel de implementación al considerar las percepciones de los equipos en forma equitativa, siendo 'Soportes de facilitación administrativa', 'Intervención de redes' y 'Liderazgo' los indicadores que más disminuyen.

Pese a las diferencias observadas, las tendencias se mantienen: tanto en el indicador original como en el ponderado, los equipos evalúan de mejor manera la implementación de los ejes 'Desarrollo continuo del equipo MST' y 'Entrenamiento y Capacitación del Equipo MST', mientras que los ejes 'Intervención de redes' e 'implementación a nivel municipal' resultan ser los peor evaluados.

Cada uno de los ejes anteriores puede ser enmarcado además en un área de implementación más amplia, las cuales al ser observadas en interacción permiten verificar las fortalezas y debilidades de la implementación desde una visión sistémica del proceso (Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, 2015). En coherencia con esta visión más sistémica, se presentan adicionalmente los resultados agrupados en las áreas de implementación propuestas por Fixsen et al. (2015) a las cuales se agrega el área municipal, incorporada dentro de la adaptación del instrumento para el estudio de implementación de MST en Chile, y separando fidelidad del componente competencias[56].

Los resultados indican que todas las áreas muestran un nivel de implementación relativamente alto, destacando mayores niveles de implementación en el área de Competencias y Fidelidad, mientras el área Municipal, Organizacional y Liderazgo son las que presentan menores niveles de implementación.

Gráfico 3: Indicador promedio por área de implementación



Como se observa en el gráfico anterior la evaluación de desempeño en Fidelidad obtiene un alto puntaje, pero no tiene un correlato directo con las otras áreas de implementación a excepción del área Competencias, categoría a la que pertenece originalmente. De este modo, los datos sugieren que el programa cuenta con un alto nivel de entrenamiento,

[56] Cabe señalar que en el análisis se separa fidelidad del área competencias por el especial interés de este eje en particular dada su relevancia para los EBP, y por tener una naturaleza distinta (generar competencias no es lo mismo que cómo se evalúa el desempeño de la fidelidad al modelo). En este caso, el eje no es una medida de resultado, sino el proceso de evaluación de la adherencia.

capacitación y selección de los equipos interventores y con un buen sistema de evaluación del desempeño en la Fidelidad del programa. Posiblemente estas áreas sean subsidiarias de las otras áreas que presentan menores grados de implementación de buenas prácticas.

5.2.1.3 Resultados por cargo y ejes

Al desagregar las categorías de respuestas y sus frecuencias por cargo se observan importantes diferencias, donde el nivel de implementación de las buenas prácticas difiere sustancialmente dependiendo del cargo del encuestado, siendo las percepciones más favorables reportadas por los supervisores y las más desfavorables por el equipo técnico.

Es posible observar en la Tabla Nº25 que los profesionales del nivel local perciben que se implementan buenas prácticas en mayor medida que los profesionales del nivel central. Por otro lado, los profesionales del nivel central (a saber, gestor, consultor y equipo técnico de la SPD) reconocen que existe una gran cantidad de prácticas parcialmente implementadas, entre un 30% y 40% aproximadamente.

Tabla 25: Frecuencia de respuesta por categoría según cargo

Respuesta	Terapeuta	Supervisor/a	Gestor/a	Consultor/a	Equipo técnico SPD
Totalmente	63,3%	64,0%	50,5%	46,3%	32,8%
Parcialmente	16,1%	23,1%	39,3%	37,2%	30,5%
No	5,7%	4,7%	1,4%	14,7%	13,1%
No sé	14,6%	8,2%	8,8%	1,9%	23,3%
NR	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

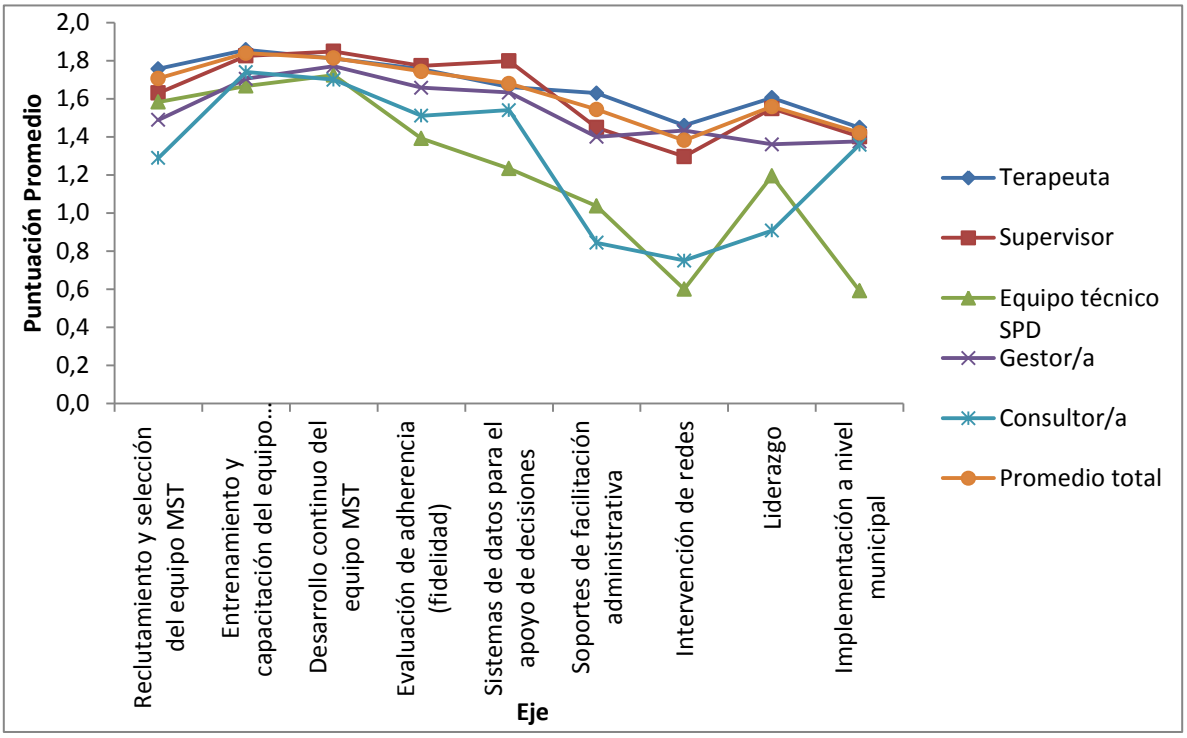
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la percepción de buenas prácticas no implementadas, existe una clara diferencia entre el nivel local y el nivel central. Así, los Supervisores y Terapeutas consideran que la no implementación de las prácticas se encuentra entre 4,7% y 5,7% respectivamente, mientras el Equipo Técnico y los Supervisores prácticamente triplican esta cifra, declarando entre un 13,1% y un 14,7% respectivamente. Los Gestores por su parte se diferencian notoriamente del resto, indicando una muy baja proporción de prácticas no implementadas, un 1,4%.

En el gráfico a continuación se observa que los puntajes obtenidos a partir de los Terapeutas y Supervisores son similares en magnitud y están altamente correlacionados entre sí (coeficiente de correlación 0,89). Los Gestores, por su parte, reportan puntajes

promedio similares a los anteriores cargos. En relación a los Consultores y al Equipo técnico de la SPD se observan puntajes bastante inferiores al resto de los equipos en alguno de los ejes, destacando en ambos casos puntajes bajos para Soportes de facilitación administrativa, Intervención de redes y Liderazgo. La diferencia más notoria ocurre para el eje Implementación a nivel municipal, donde el equipo técnico muestra un puntaje particularmente bajo, el cual se encuentra desalineado de los puntajes obtenidos a partir del resto de los equipos.

Gráfico 4: Puntajes promedios por eje y total para cada cargo



Una hipótesis que podría estar detrás de los resultados diferenciados por cargo es la existencia de asimetrías de información entre los distintos roles desempeñados por los implementadores, la cual subyacería principalmente al grado de participación e injerencia de éstos en cada práctica consultada. Así, existiría una tendencia a reportar que las prácticas están siendo implementadas cuando se tiene mayor información o injerencia sobre lo que se realiza y a no reportarlas cuando no se tiene esta información o injerencia.

Consistentemente con esta hipótesis se puede observar que los cargos de Terapeuta y Supervisores muestran puntajes muy similares entre sí, los cuales justamente

correspondería a los cargos más parecidos en términos de información y objetivos[57]. Además se puede notar, por ejemplo, que el equipo técnico de la SPD es quien se relaciona con menor frecuencia con el nivel municipal, lo cual podría explicar una percepción distinta del grado de implementación local de buenas prácticas respecto al resto de los equipos, pero que no reflejaría necesariamente el desempeño a nivel municipal.

5.2.1.1 Resultados por ítems específicos

Si bien el instrumento está diseñado para determinar un indicador por cada eje de implementación en forma agrupada, es de igual modo relevante poder distinguir cuáles son las prácticas específicas en que el programa MST en Chile se encuentra más débil en su aplicación, como también aquellas prácticas en las que se encuentra más consolidado. A continuación, se presentan los puntajes para las preguntas que fueron mejor y peor evaluadas dentro de cada uno de los 9 ejes[58].

Tabla 26: Ítems mejor y peor evaluados por Eje de implementación

Nombre Eje	Ítem	Situación	Puntaje
Reclutamiento y selección del equipo MST	11.1.- El proceso de entrevista es interactivo: Se usan viñetas (situaciones hipotéticas o eventos críticos que podrían presentarse en el trabajo) y ensayos conductuales (p.ej. role playing).	Mejor evaluado	1,97
	14.- Se evalúa la efectividad del reclutamiento y selección en base a información sobre: causales de renuncia o despido, datos de las capacitaciones, datos sobre la rotación del personal, opiniones de gestores y expertos, y evaluaciones del equipo.	Peor evaluado	1,12
Entrenamiento y capacitación del equipo MST	18.- Los capacitadores han sido capacitados y asesorados en el Modelo previamente.	Mejor evaluado	1,98
	22.- La información recogida pre/post capacitación es usada para retroalimentar los procesos de reclutamiento y selección de nuevos profesionales MST.	Peor evaluado	1,54
Desarrollo continuo del	24.- Los entrenadores dominan el modelo MST.	Mejor evaluado	1,95

[57] Ambos cargos trabajan dentro de un mismo equipo y tienen como objetivo la aplicación del modelo en la intervención clínica de los usuarios del programa.

[58] La lista total con los puntajes para cada práctica consultada en el instrumento se presenta en la sección 7.1 del Anexo, lista que se encuentra ordenada por puntaje de mayor a menor.

Nombre Eje	Ítem	Situación	Puntaje
equipo MST	28.- Los datos de entrenamiento son utilizados para informar mejoras en las otras áreas de implementación (p.ej., reclutamiento y selección del personal; capacitación; evaluación de desempeño; soportes de facilitación administrativa; etc.).	Peor evaluado	1,58
Evaluación de adherencia (fidelidad)	29.- Está claramente asignada la responsabilidad sobre la medición de la evaluación de adherencia y el sistema de reportes (p.ej., hay una persona designada que lidera el proceso).	Mejor evaluado	1,92
	34.- La evaluación de adherencia contempla mediciones que no sólo miden las competencias clínicas pertinentes para el Programa.	Peor evaluado	1,62
Implementación a nivel municipal	65.- Quienes lideran la organización proveedora están satisfechos con los logros obtenidos por el Programa hasta el momento.	Mejor evaluado	1,79
	70.- Los encargados locales del Programa han realizado mejoras a los acuerdos establecidos por convenio con la SPD por iniciativa propia, en miras de facilitar la implementación de MST.	Peor evaluado	1,12
Sistemas de datos para el apoyo de decisiones	41.- La plataforma MSTI incluye indicadores socialmente relevantes (p.ej., escolarización, reducción de delitos, reducción del consumo de sustancias).	Mejor evaluado	1,89
	42.5.- Los datos de la plataforma MSTI son: Compartidos con miembros de la familia y actores clave de la comunidad (p.ej., tribunales, policía, encargados de educación).	Peor evaluado	1,03
Soportes de facilitación administrativa	43.- Existe un equipo conformado para liderar e implementar el Programa.	Mejor evaluado	1,87
	46.3.- El equipo a cargo de la implementación del programa: Solicita la retroalimentación de los actores clave y la analiza (p.ej., tribunales, policía, encargados de educación).	Peor evaluado	1,19
Intervención de redes	50.- El equipo que lidera la implementación hace recomendaciones constructivas a sus superiores jerárquicos para resolver obstáculos con las redes que se presentan en la implementación.	Mejor evaluado	1,56

Nombre Eje	Ítem	Situación	Puntaje
	52.2.- El equipo que lidera la implementación genera capacidades para superar obstáculos de la implementación acotadas en el tiempo a través de: La realización de "Test de usabilidad": testear en grupos pequeños distintas alternativas de solución a los obstáculos en la implementación del programa.	Peor evaluado	0,94
Liderazgo	59.- Quienes lideran la implementación han buscado continuamente la forma de alinear las prácticas del programa con la misión, valores y filosofía de MST.	Mejor evaluado	1,77
	61.- Quienes lideran la implementación han establecido canales de comunicación claros y frecuentes para proveer información a los profesionales y escuchar sobre sus éxitos y preocupaciones.	Peor evaluado	1,33

Fuente: elaboración propia.

Si bien la tabla anterior es bastante auto-explicativa, es relevante destacar algunos puntos específicos. Por ejemplo, el hecho que no existen prácticas cercanas al nivel cero de implementación, existiendo, sin embargo, prácticas con niveles de implementación muy cercanos al valor máximo que es 2.

Como es esperable, las prácticas de implementación más desarrolladas corresponden a prácticas más bien directas, que no requieren la triangulación de información o un nivel de planificación complejo, pero que tienen mucho que ver con la calidad del proceso de reclutamiento, capacitación y entrenamiento, principalmente. De este modo, destacan los procesos de reclutamiento interactivos y el dominio del modelo de intervención por parte de los entrenadores y capacitadores, así como que está claramente asignada la responsabilidad sobre la medición de la evaluación de adherencia y el sistema de reportes. Adicionalmente, otras prácticas con altos niveles de implementación son: 'la inclusión de indicadores de monitoreo socialmente relevantes' y 'la existencia de un equipo que lidera e implementa el programa'.

Estas prácticas formuladas de manera genérica para EBP, en términos de MST corresponden a aspectos que se encuentran bien definidos por el modelo. Las orientaciones de MST Group en cuanto a las características que debe tener el proceso de reclutamiento, capacitación y entrenamiento de los profesionales aparecen, por lo tanto,

bastante claras, por lo que es posible afirmar que fueron adecuadamente adoptadas en la implementación en Chile.

Respecto a las prácticas peor evaluadas, tienen la característica común de ser prácticas intensivas en el uso de información. Además, algunas de ellas podrían considerarse como complejas, en el sentido que requieren observar información en un proceso específico que sirva para nutrir etapas ulteriores de implementación. Así, la utilización de tests de usabilidad dentro de la intervención de redes aparece como la práctica con menor nivel de implementación, seguida luego por compartir datos de la plataforma MSTI con miembros de la familia y actores clave de la comunidad, correspondiente al eje 'Sistemas de datos para el apoyo de decisiones'. Otros de los ítems peor evaluados son: 'Se evalúa la efectividad del reclutamiento y selección en base a información sobre: causales de renuncia o despido, datos de las capacitaciones, datos sobre la rotación del personal, opiniones de gestores y expertos, y evaluaciones del equipo' y; que 'los encargados locales del Programa hayan realizado mejoras a los acuerdos establecidos por convenio con la SPD por iniciativa propia, en miras de facilitar la implementación de MST'.

Los ítems con un menor nivel de implementación hacen patente dos puntos relevantes que deberían ser considerados en los procesos de toma de decisiones desde un punto de vista más estratégico. En primer lugar, el no contar con tests de usabilidad indicaría que los diseños, protocolos o decisiones que se desarrollan para realizar mejoras en la relación con las redes y organizaciones externas al programa no suelen ser testeados antes de ser implementados a una mayor escala. Por ello, sería recomendable poder testear la usabilidad de las innovaciones a pequeña escala primero, para de este modo poder determinar de mejor manera si la innovación está cumpliendo su objetivo, así como incorporar posibles mejoras y adaptaciones requeridas a partir del uso de estas. Algunos ejemplos que podrían servir de ilustración para lo anterior son la aplicación del instrumento de medición de riesgo ASSET, utilizado como instrumento para la derivación de casos en el programa PAIF 24 Horas que se implementó a gran escala, pero no se ha validado aún; o el cambio de modalidad de implementación local a través de las intendencias, con 3 intendencias actualmente en régimen, pero que al parecer no contó con un testeo previo, escalándose rápidamente de 1 a 3 intendencias.

En segundo lugar, no poner a disposición información relevante sobre la ejecución del programa a actores clave de la comunidad podría implicar un desconocimiento del programa y un desaprovechamiento de posibles canales de colaboración. Por un lado, aportar información a las familias permitiría hacer más transparente el proceso, además mostrar que otras familias participan regularmente del programa podría generar un

mayor compromiso con la intervención. Por otro lado, proveer información estadística del programa a actores clave como tribunales y policías permitiría dar a conocer mejor el programa y abrir oportunidades de entendimiento y colaboración con estos organismos.

5.2.1.2 Conclusiones preliminares

A partir del análisis, es posible concluir que en general se observa en el programa MST una media a alta implementación de las buenas prácticas con las que debería contar cualquier programa basado en la evidencia. Se observa por tanto un amplio porcentaje de encuestados que declara una implementación total o parcial de las buenas prácticas y un muy bajo porcentaje afirmando que no se han implementado.

Destaca, sin embargo, que la percepción de la implementación de las buenas prácticas varía sustancialmente dependiendo del nivel organizacional en que se encuentran los entrevistados y su rol dentro de la organización. En términos generales, los hallazgos indican que los profesionales del nivel local perciben que un mayor nivel de implementación de buenas prácticas que los profesionales del nivel central. Esto posiblemente esté dado por las asimetrías de información entre los distintos cargos o roles que desempeñan y los distintos niveles en que se percibe la implementación de un programa de estas características.

Por una parte, los ejes mejor evaluados por los profesionales (en términos de puntaje total y ponderado) son los de “entrenamiento y capacitación del equipo MST” y “desarrollo continuo del equipo MST”, lo que puede deberse a que son procesos bastante estructurados por MST Services, cercanos a procesos realizados en el marco de otros programas, y que cuentan con el apoyo de guías, materiales y profesionales formados como expertos que actúan como entrenadores del modelo. La generación de competencias contribuye directamente al logro de los estándares de fidelidad esperados para el modelo.

Los ejes peor evaluados en términos de puntaje total y ponderado tienen relación con "intervención de redes” e "implementación a nivel municipal”, aspectos complejos de la intervención y que suponen bastantes ajustes organizacionales para implementar el estándar ideal establecido. Es posible que existan aún en Chile barreras de distinto tipo (cultura organizacional, aspectos jurídicos, estructura del sistema público, voluntades, entre otros) que estarían afectando la ejecución del programa. Sin embargo, no existe evidencia contundente respecto a que la intervención de redes ni que la implementación a nivel municipal impongan una barrera insoslayable a la implementación del programa, aun cuando sí debería ir perfeccionándose.

Las prácticas de implementación que se ejecutan en mayor medida corresponden a prácticas de orden más bien directo, es decir que no requieren de un proceso de triangulación de información o un nivel de planificación complejo, pero que vienen estructuradas por el modelo MST y tienen mucho que ver con la calidad del proceso de reclutamiento, capacitación y entrenamiento.

Por el contrario, las prácticas peor evaluadas tienen en común ser prácticas intensivas en el uso y procesamiento de información, así como incorporación en etapas ulteriores de implementación y difusión con actores clave. En este sentido, una de las principales debilidades en la implementación del programa está centrada en lo organizacional, destacando por su bajo desempeño entre otros componentes el de intervención de redes. La responsabilidad de estos asuntos recae principalmente en el equipo a cargo de liderar el programa desde la SPD.

Finalmente, cabe señalar que, si consideramos el eje implementación a nivel municipal como parte del liderazgo local, el análisis releva debilidades en el liderazgo en el programa, al menos en término de ejecución de buenas prácticas de implementación para programas basados en la evidencia. Las prácticas o ítems con menor nivel de evaluación señalan desafíos pendientes para los encargados la SPD y el municipio respectivamente, especialmente en cuanto comprometerse activamente con el éxito de la implementación, proveer un soporte sistemático al programa, comunicarse claramente con los distintos ejecutores, conseguir retroalimentación de los involucrados en la implementación, y utilizar la información disponible para tomar decisiones.

5.2.2 Desempeño de indicadores de fidelidad del modelo

Con el objetivo de analizar el proceso de implementación, en el acápite que a continuación se presenta, se realizó un análisis del desempeño histórico de algunos indicadores clave de fidelidad de MST en Chile, a partir de los datos disponibles del instrumento PIR.

Si bien existe periódicamente monitoreo desde el nivel central y presentación de los datos a actores clave del nivel local semestralmente, con motivo de la evaluación pareció relevante compilar dicha información y analizarla en términos temporales o de proceso. Los reportes que arroja la plataforma MSTI son transversales, corresponden a una fotografía del estado actual del desempeño de los equipos o el programa en general al momento de solicitar el reporte, y al quedar almacenados en la plataforma, pueden ser recuperados facilitando una visión histórica de la implementación.

Debido a que un análisis comprensivo de la implementación, además de considerar una multiplicidad de acciones, requiere que estas sean observadas dentro de un periodo de tiempo extenso (Greenhalgh et. al, 2004), en el presente capítulo se ha privilegiado una estructuración de los resultados desde una visión temporal, poniendo un mayor énfasis en la medición de la fidelidad de la implementación a lo largo de los semestres en que se ha ido implementando el programa en las comunas. De este modo, el análisis busca dar cuenta del proceso de aprendizaje y cambio sistémico con énfasis en lo local.

Preliminarmente se planteó que era de esperar que el desarrollo del programa hubiera implicado un *proceso de aprendizaje* de los implementadores para llegar a los niveles actuales de desempeño. Los resultados obtenidos durante el primer tiempo de ejecución no han de haber sido óptimos pues, como todo aprendizaje, el programa requería alcanzar cierta madurez en su uso, aplicación y comprensión. Esto fue cotejado con algunos profesionales del nivel central que se han especializado en el manejo del modelo MST, el cual en base a la evidencia ha establecido que habría un mejor desempeño de la segunda oleada de implementación respecto a la primera, producto del aprendizaje de los ejecutores[59].

En cuanto al análisis realizado, para entender mejor las dimensiones temporales en que se estructuró la base de datos, se presenta a continuación una tabla con las comunas por año de implementación y número total de PIR disponibles para dicha comuna[60].

Tabla 27: Comunas por año de implementación y número de PIR aplicados

Comuna	Año inicio PIR	Semestres de aplicación PIR						
		1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
La Florida	2012	X	X	X	X	X	X	X
La Granja	2012	X	X	X	X	X	X	X
La Pintana	2012	X	X	X	X	X	X	X
Lo Espejo	2012	X	X	X	X	X	X	X
Peñalolén	2012	X	X	X	X	X	X	X
Pudahuel	2012	X	X	X	X	X	X	X
Puente Alto	2012	X	X	X	X	X	X	X
Recoleta	2012	X	X	X	X	X	X	X
San Bernardo	2013	X	X	X	X	X	X	X
Valparaíso	2013	X	X	X	X	X	X	X
Los Angeles	2013	X	X	X	X	X	X	

[59] Esto, sin embargo, no supone que existan estándares diferenciados para el desempeño según distintos momentos de la implementación.
[60] La última fecha de reporte PIR corresponde al 31 de agosto de 2016.

Puerto Montt	2013	X	X	X	X	X	X	
Temuco	2013	X	X	X	X	X	X	
Conchalí	2014	X	X	X	X			
San Joaquín	2014	X	X	X	X			
San Ramón	2014	X	X	X	X			
Antofagasta	2014	X	X	X				
Arica	2014	X	X	X				
Calama	2014	X	X	X				
Cerro Navia	2014	X	X	X				
El Bosque	2014	X	X	X				
Estación Central	2014	X	X	X				
Rancagua	2014	X	X	X				
Talca	2014	X	X	X				
Viña del Mar	2014	X	X	X				
Coquimbo	2014	X	X					
Lampa	2015	X	X					
Lo Prado	2015	X	X					
Maipú1	2013	X	X					
Maipú2	2015	X	X					
Pedro Aguirre Cerda	2015	X	X					
Quilicura	2014	X	X					

Fuente: elaboración propia.

En la tabla anterior, la primera columna indica el nombre de la comuna incluida en la base de datos, la segunda columna indica el año en que se inicia el primer semestre PIR en la comuna[61]. Luego se muestran los semestres para los cuales se tiene un PIR disponible, denotados por la letra "X". De este modo, se puede observar que 10 comunas tienen 7 reportes PIR y que 7 comunas tienen sólo 2 PIR.

Como se observa en la tabla Nº27, a la fecha que fueron solicitados los datos, había información disponible para 32 comunas, las cuales tienen distintos períodos de inicio de PIR y distintos números de PIR aplicados. De este modo, las tablas estadísticas y gráficos serán ordenados por semestre de implementación comunal, independiente de la fecha en que se dio inicio al programa en las comunas, para de este modo mantener un orden temporal apropiado para el análisis a nivel local.

Cabe recordar que el programa MST en Maipú tiene dos periodos de implementación: el primero, iniciado en 2013 (denominado Maipú1), y el segundo en 2015 (correspondiente a

[61] Los PIR solicitados a la SPD comienzan a partir de la fecha en que se toma el primer caso en cada una de las comunas.

Maipú2). Considerando que cada periodo cuenta con equipos clínicos diferentes, han sido tratados como casos distintos.

5.2.2.1 Análisis de los indicadores de desempeño

Del total de indicadores presentados en el informe PIR, se seleccionaron 10 indicadores relevantes respecto a la fidelidad del modelo, los cuales fueron agrupados dentro de 4 dimensiones de análisis que dan cuenta de: la carga de atención de casos, la adherencia del modelo por parte de los terapeutas, la adherencia de los usuarios al programa, así como la capacidad de monitoreo de los reportes de adherencia. Cabe destacar que, pese a su relevancia, se deja fuera del análisis las medidas de adherencia de los supervisores (SAM), debido a que en los reportes PIR solicitados esta información no se encontraba disponible.

En lo que sigue, se presentan los indicadores seleccionados para cada una de las cuatro dimensiones en que fueron agrupados y se analiza su comportamiento. Para ello, cuando fue posible, se complementó el análisis de indicadores con información documental o levantada durante el estudio.

Tabla 28: Indicadores PIR por dimensión de análisis y principales resultados

Dimensión/Indicador	Estándar MST	Logro	Observación
Carga de atención de casos			
Número promedio de casos por terapeuta	4 – 6 casos	✓	Evolución favorable, , el número casos ha ido aumentando a través del tiempo de implementación. Al último informe PIR analizado (año 2016), promedio nacional de casos por terapeuta era de 4,85.
Cantidad de días de tratamiento en los casos con tratamiento completo	90 - 150 días	✓	Evolución favorable, a mayor tiempo de implementación, leve disminución de días de tratamiento entre 1er y 6to semestre. Al último informe PIR analizado (año 2016), duración promedio de atención de casos nacional era de 126,4 días.
Promedio de capacidad estimada de servicio anual	No aplica	✓	Aumento sostenido del indicador de capacidad de servicio y una disminución de su varianza comunal, la cual vuelve a aumentar desde el 6to semestre en adelante.
Adherencia del terapeuta al modelo			

Promedio general del puntaje de adherencia (TAM-R)	>0,61	✓	Evolución favorable a mayor tiempo de implementación, promedio acumulado alcanza 0,81.
Porcentaje de jóvenes con adherencia al terapeuta (TAM-R) por sobre el umbral establecido	No aplica	✓	Evolución con tendencia favorable a mayor tiempo de implementación, promedio acumulado alcanza 83%.
Adherencia del usuario al tratamiento			
Porcentaje de casos que completaron el tratamiento	>=85%	✓	Evolución fluctuante pero favorable, promedio acumulado asciende a 91,8%.
Porcentaje de casos dados de alta debido a la falta de compromiso al programa	<5%	✓	Evolución fluctuante pero favorable, promedio acumulado de 4,1% (con una alta desviación estándar).
Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a desplazamiento o reclusión.	<10%	✓	Evolución fluctuante pero levemente desfavorable, en promedio se observa desempeño de 2,7%, siempre bajo el objetivo, pero que ha tendido a aumentar ligeramente en el tiempo.
Capacidad de monitoreo			
Porcentaje de TAM-R que se completaron durante el período reportado en el PIR	>70%	✓	Evolución favorable, promedio acumulado de este indicador es de 69% (desviación estándar de 12,5%). En 2014 se observa notoria disminución en desempeño de este indicador en comunas nuevas y antiguas: cambios en el equipo y escalamiento del programa pueden haber afectado negativamente.
Porcentaje de jóvenes con, al menos, una entrevista TAM-R	100%	X	Evolución favorable, promedio acumulado de este indicador es de 92,3%. Sin embargo, no se cumple el estándar MST.

Fuente: elaboración propia.

5.2.2.2 Carga de atención de casos

En la siguiente dimensión se presentan tres indicadores que resumen la carga de trabajo enfrentada por los terapeutas. Esta carga podría ser subóptima o excesiva dependiendo qué tan alta o baja sea respecto al valor objetivo fijado previamente por el Modelo para cada uno de los indicadores. Cabe señalar que su comportamiento puede estar afectado por factores internos de los equipos, tales como rotación, dificultades en los procesos de reclutamiento y selección de nuevos profesionales, o demora en la contratación por parte de los municipios. A la vez, hay elementos del programa PAIF 24 Horas o de carácter externo que también puede influir la carga de atención de casos, específicamente la cantidad de NNA que cumplen con el perfil de riesgo establecido para MST y que son detectados y derivados al programa.

A continuación, se presenta una tabla con la evolución promedio de estos indicadores de carga de atención de casos.

Tabla 29: Indicadores promedio de carga de atención de casos por semestre PIR

Dimensión	Indicador del PIR	Semestres implementación en cada comuna						
		1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
Carga de atención de casos	Número promedio de casos por terapeuta	3,4	4,7	4,6	4,6	4,6	4,7	4,9
	Cantidad de días de tratamiento en los casos con tratamiento completo	124,2	138,7	132,6	127,6	125,0	125,4	118,6
	Promedio de capacidad estimada de servicio anual	36,2	47,4	46,6	50,3	53,8	54,5	60,0

Fuente: elaboración propia.

Como es posible apreciar en la Tabla Nº29, los indicadores de casos promedio por terapeuta y de capacidad anual estimada de casos han ido aumentando a medida que las comunas llevan más tiempo implementando el programa. Sin embargo, el número de días que se demora un caso en terminar el tratamiento completo tiende a disminuir. En consecuencia, se observa una mayor capacidad de atención promedio y un menor tiempo de tratamiento a medida que las comunas avanzan en la implementación del programa. Para un mayor detalle, a continuación, se describe la evolución de cada uno de los indicadores separadamente.

5.2.2.2.1 Número promedio de casos por terapeuta (4-6)

Como se puede apreciar en la tabla general sobre carga de atención de casos, el número de casos promedio por terapeuta se situó en 3,4 durante el primer semestre de implementación, cifra que estaba debajo de su umbral objetivo, entre 4 a 6 casos[62]. Sin embargo, éste indicador se estabilizó rápidamente entre 4,6 y 4,7 casos por terapeuta a partir del segundo semestre, mostrando en el último semestre de implementación su punto más alto, igual a 4,9 casos por terapeuta. De este modo, al comparar el primer semestre con el 7mo semestre de implementación se registra un aumento de 44% en el indicador.

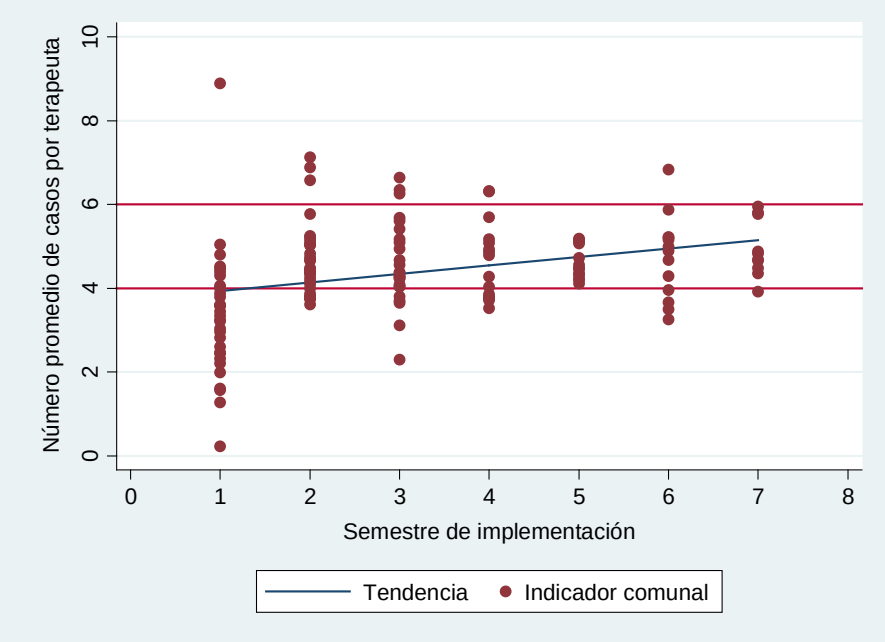
[62] Este intervalo objetivo está dado por el modelo original (MST Services, 2014).

El aumento en el indicador es considerable y puede estar asociado a diversos factores; a partir del análisis de las entrevistas es posible afirmar que el bajo rendimiento inicial está mediado por el proceso de instalación del equipo comunal en el programa. La instalación contempla actividades diversas, siendo las más relevantes la visibilización del programa en las redes locales y la derivación de casos –lo que remite al trabajo del EDT y manejo del listado de Carabineros- así como el periodo de tiempo para que los terapeutas se sientan más seguros en el manejo del modelo y alcancen su óptimo de casos (no comienzan a intervenir con el máximo de capacidad de carga de atención).

Sin embargo, el comportamiento de este indicador a nivel general aún dista del estándar establecido por la SPD que está entre los 5 a 6 casos por terapeuta, e idealmente 5,5 familias atendidas por cada uno. Profesionales del equipo técnico afirmaron que este ajuste responde a la necesidad de aumentar la cobertura de casos atendidos por MST que compete a los programas públicos en general.

Ahora bien, para examinar la variabilidad por comunas, se presenta a continuación un gráfico con la evolución de los casos promedio por terapeuta para cada comuna y semestre de implementación, incluyendo además la tendencia en el tiempo y el intervalo objetivo predefinido para dicho indicador. Como se muestra en el gráfico, independiente del año en que se incorporó la comuna a MST, existe un periodo de adaptación inicial, donde el indicador va convergiendo al rango objetivo de 4 a 6 casos por terapeuta para todas las comunas. De este modo, se observa una alta dispersión de los datos durante el primer semestre de implementación, el cual se va moderando conforme aumentan los semestres de implementación.

Gráfico 5: Evolución de casos promedio por terapeuta, comunal



Fuente: elaboración propia

En la tabla a continuación se detallan los valores para el indicador de casos promedio por terapeuta. En línea con el gráfico se observa que el primer semestre de implementación, 22 de las 32 comunas estaban por debajo del tramo objetivo, destacando Arica por haber reportado un indicador significativamente menor, de 0,22 casos promedio por terapeuta. También destacan Antofagasta, Lo Espejo, Talca y Cerro Navia, por tener un promedio debajo de los 2 casos por Terapeuta.

Por el contrario, llama la atención La Florida, ya que para el primer semestre se encontraba muy por encima del valor máximo del umbral objetivo, en torno a los 9 casos promedio por terapeuta. Es posible que este valor atípico sea producto de un problema de registro, pues la revisión histórica de la composición del equipo no arrojó evidencia de que en ese periodo haya habido rotación de profesionales (en otros casos esto explica una cantidad mayor de casos por profesional del equipo clínico) y en la entrevista con profesionales del Equipo Técnico se señaló que el equipo partió con dotación completa.

Respecto al reporte relativo al 7mo semestre de implementación, válido para 10 comunas, se observa que, a excepción de San Bernardo[63], todas se encuentran dentro del intervalo objetivo. Sin embargo, al considerar el umbral determinado por la SPD (5-6 casos por

[63] Comuna que registró un promedio de 3,9 casos por terapeuta durante el semestre 7mo de implementación.

terapeuta), se corrobora que sólo 3 de las 10 comunas del 7mo semestre cumplen con un indicador de casos promedio dentro del rango, a saber: Valparaíso, Pudahuel y Recoleta.

Al observar el desempeño por comunas al momento de su último informe PIR, correspondiente al año 2016, el promedio de casos por terapeuta es de 4,85 y se aprecia que sólo 11 de las 32 comunas equivalente al 34,3% de ellas, obtiene valores por sobre el objetivo establecido por la SPD. Estas comunas son: El Bosque, Estación Central, Lampa, Pedro Aguirre Cerda, Pudahuel, Recoleta, San Joaquín, San Ramón, Talca, Valparaíso, Viña del Mar.

Tabla 30: Detalle de casos promedio por terapeuta por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	1,3	4	4,7					**3,3**
Arica	0,2	7,1	4,3					**3,9**
Calama	2,4	4,7	4,4					**3,9**
Cerro Navia	2	5,1	4,1					**3,7**
Conchalí	3,6	6,9	5,7	4,9				**5,3**
Coquimbo	2,2	3,8						**3**
El Bosque	4,8	4,7	5,2					**4,9**
Estación Central	3,2	5,2	5,6					**4,7**
La Florida	8,9	3,6	4,2	5,7	4,2	3,3	4,9	**5**
La Granja	3,4	3,9	4,1	3,7	4,3	6,8	4,7	**4,4**
La Pintana	2,8	4,3	3,7	5,2	5,2	3,5	4,5	**4,2**
Lampa	4	5						**4,5**
Lo Espejo	1,6	3,8	4,2	3,9	4,5	3,7	4,4	**3,7**
Lo Prado	4	4,4						**4,2**
Los Ángeles	4,5	5	4,9	4,3	4,6	4,7		**4,7**
Maipú2	5,1	4,5						**4,8**
Maipú1	2,6	3,7						**3,2**
Pedro Aguirre Cerda	4,3	5,3						**4,8**
Peñalolén	4,4	4,2	4,4	3,8	5,1	5,2	4,7	**4,5**
Pudahuel	4,5	4,1	6,3	4,8	4,7	5,2	6	**5,1**
Puente Alto	3,6	5,8	3,7	4	5,1	4,9	4,8	**4,6**
Puerto Montt	3	4,4	3,1	3,5	4,5	4		**3,7**
Quilicura	4,1	4,8						**4,4**
Rancagua	2,5	3,8	4,6					**3,6**
Recoleta	3	4,4	4	3,8	4,2	5	5,8	**4,3**
San Bernardo	3,2	4,5	5,1	6,3	4,1	5,2	3,9	**4,6**
San Joaquín	3,9	6,6	6,3	5,1				**5,5**

San Ramón	3,5	3,8	3,8	6,3				**4,3**
Talca	1,6	5,2	6,6					**4,5**
Temuco	3,6	4,4	4,3	4,9	5,2	4,3		**4,4**
Valparaíso	2,3	4,7	2,3	3,8	4,4	5,9	5,8	**4,2**
Viña del Mar	3,8	4,2	5,4					**4,5**
Total	**3,4**	**4,7**	**4,6**	**4,6**	**4,6**	**4,7**	**4,9**	**4,4**

Fuente: elaboración propia

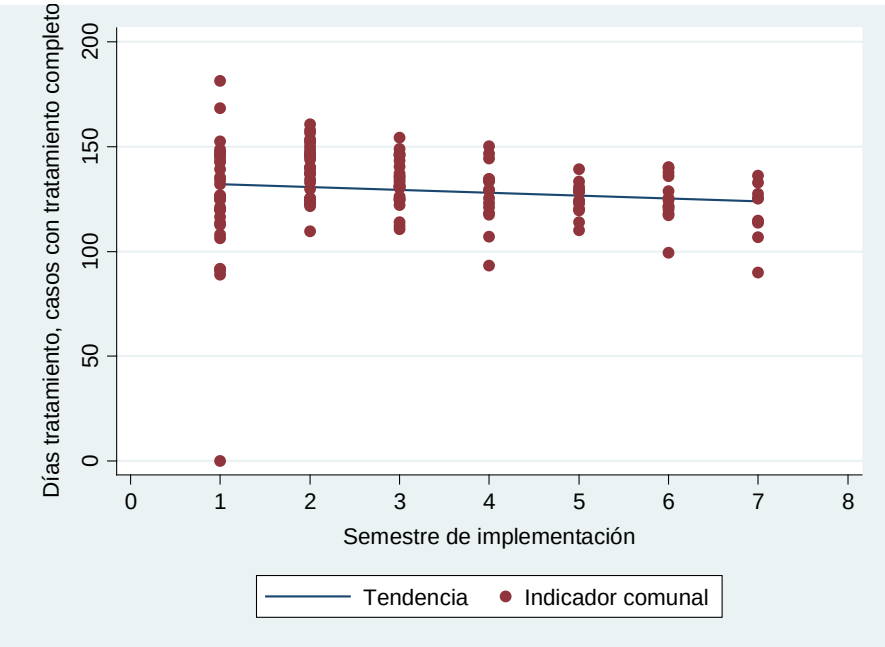
5.2.2.2.2 Días de tratamiento en los casos con tratamiento completo (90-150)

El modelo contempla como periodo normal de intervención de casos entre 90 y 150 días (con un promedio esperable de 120 días). A continuación, se describe el indicador de días promedio de duración del tratamiento para los casos que completaron la intervención clínica por parte de los terapeutas. Para el total de observaciones se registra un indicador promedio de 129,15 días de tratamiento, es decir 4,3 meses, con una desviación estándar de 19,19 días. Al comparar separadamente, el primer semestre con el último semestre de implementación se observa una leve reducción de este indicador, de un 4,5%.[64]

Para un mayor detalle comunal, se presenta una gráfica con la evolución del indicador de días de tratamiento para todas las comunas por cada semestre de implementación.

[64] De las entrevistas al nivel central se puede desprender que la disminución de los días de tratamiento puede responder a un proceso de "aprendizaje" o desarrollo de los equipos en el manejo del modelo, o bien a una indicación técnica orientada a aumentar la capacidad de atención de los equipos, que permitiría dar atención a los casos en lista de espera. Sin embargo, los antecedentes recopilados no permiten corroborar esta información.

Gráfico 6: Evolución de días promedio de tratamiento completo, comunal



Fuente: elaboración propia

En el gráfico anterior se puede apreciar en la esquina inferior izquierda la observación del indicador para Arica, comuna que registró en su primer semestre de implementación cero días de atenciones promedio para los casos con tratamiento completo. Esto en definitiva indica que, durante el primer semestre de implementación en dicha comuna, no se logró completar ningún tratamiento de forma exitosa. Además de este valor atípico, en términos generales se puede observar que las comunas se desempeñan normalmente el primer semestre, con un rango de días de tratamiento que va entre los 89 y 181,4 (sin considerar a Arica), y la serie va disminuyendo levemente conforme aumentan los periodos de implementación en las comunas.

A continuación, se muestra una tabla con el detalle de los indicadores por comuna.

Tabla 31: Detalle de días promedio de tratamiento completo por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	91	122,5	143,4					**119**
Arica	0	153,5	130,2					**94,6**
Calama	139,2	136,9	130,7					**135,6**
Cerro Navia	142,5	134,4	125,2					**134**
Conchalí	124,8	139,9	113,9	121				**124,9**

Coquimbo	91,8	125,1						**108,5**
El Bosque	125,9	147,3	130,8					**134,7**
Estación Central	145,3	145,5	134,1					**141,7**
La Florida	135,5	109,7	122,1	118,3	128,5	120,1	114,7	**121,3**
La Granja	146,2	145,1	154,2	144,3	139,2	137,6	125,5	**141,7**
La Pintana	146	152,1	124,3	123,2	110,2	124,5	136,2	**130,9**
Lampa	116,5	122,5						**119,5**
Lo Espejo	126,8	146,9	133,1	134,7	122,9	125,4	113,7	**129,1**
Lo Prado	108,1	123,9						**116**
Los Ángeles	143,7	125,2	135,7	125,4	120,4	121,4		**128,6**
Maipú2	113,8	121,7						**117,8**
Maipú1	152,5	146,2						**149,3**
Pedro Aguirre Cerda	120	125,6						**122,8**
Peñalolén	168,4	156,7	146,7	146,6	130,7	140,2	114,1	**143,4**
Pudahuel	181,4	124,2	131,3	133,9	119,5	118,1	106,8	**130,8**
Puente Alto	147,4	157,9	131,6	129,5	123,7	135,9	132,9	**137**
Puerto Montt	126,9	132,8	140,6	133,5	129,7	121,7		**130,8**
Quilicura	106,3	140,3						**123,3**
Rancagua	112,7	137,6	137,3					**129,2**
Recoleta	132	152,9	124,7	117,5	124,3	99,3	89,8	**120,1**
San Bernardo	148,8	143,8	145,9	150,1	133,4	128,8	127,4	**139,7**
San Joaquín	134,2	150,3	126,1	129,1				**134,9**
San Ramón	125	129,9	110,7	107,1				**118,2**
Talca	91,5	140	135,7					**122,4**
Temuco	119,8	160,7	149	134,3	128,4	139,7		**138,6**
Valparaíso	89	137,1	112,2	93,3	114,1	117,1	125,3	**112,6**
Viña del Mar	121,2	148,8	145,8					**138,6**
Total	**124,2**	**138,7**	**132,6**	**127,6**	**125**	**125,4**	**118,6**	**129,1**

Fuente: elaboración propia

A la fecha del último informe PIR analizado, los equipos comunales reportan estar atendiendo a los casos en un rango entre 89,8 y 146,2 días, con un promedio de 126,4 días. Se observa también que hay sólo una comuna que tiene una cantidad de días de tratamiento por debajo del estándar establecido por el modelo, a saber, Recoleta (89,8 días).

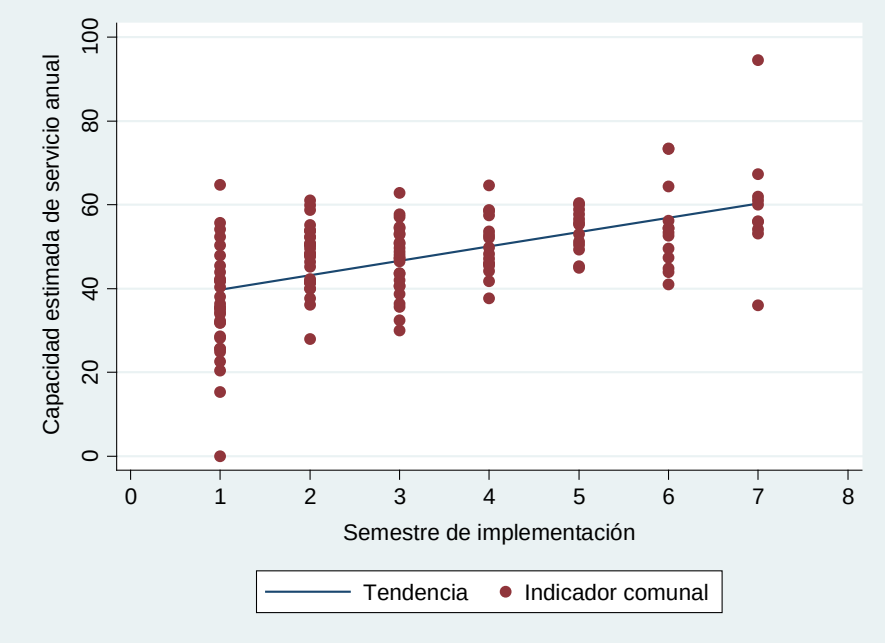
5.2.2.2.3 Capacidad estimada de servicio anual

La carga de atención es la capacidad estimada de servicio anual está referida a la cantidad de cupos totales que anualmente podría sustentar una comuna, en concordancia con el

promedio de casos por terapeuta y días de atención registrados previamente[65]. Para este indicador de capacidad de servicio se observa una tendencia al alza sostenida en el tiempo desde la implementación de MST en las primeras comunas, aumentando un 66% desde el primer semestre de implementación al 7mo. Esto parece comprensible considerando el comportamiento de los dos indicadores analizados, y los procesos de aprendizaje y desarrollo en el Modelo señalados anteriormente.

Para ver el detalle comunal se presenta a continuación un gráfico con la evolución del porcentaje de la capacidad estimada de servicio anual para todas las comunas por cada semestre de ejecución.

Gráfico 7: Evolución de la capacidad estimada de servicio anual, comunal



Fuente: elaboración propia.

En términos generales se observa un aumento sostenido del indicador de capacidad de servicio y una disminución de su varianza comunal, la cual vuelve a aumentar desde el 6to semestre en adelante.

[65] Específicamente, este indicador se calcula como la multiplicación del número de terapeutas activos por el promedio de número de casos por terapeuta, lo que a su vez se multiplica por el número estimado de ciclos de tratamiento, obtenido de la división de los 365 días del año sobre la duración promedio en el programa para un joven que completa el tratamiento.

Tabla 32: Detalle de la capacidad estimada de servicio anual por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	15,3	47,6	35,7					**32,9**
Arica	0	50,9	48,1					**33**
Calama	25,7	50,5	48,8					**41,7**
Cerro Navia	20,4	41,4	47,3					**36,4**
Conchalí	41,9	53,9	54,6	58,7				**52,3**
Coquimbo	35,1	55,1						**45,1**
El Bosque	55,7	46,3	57,8					**53,3**
Estación Central	32,3	52,4	49,7					**44,8**
La Florida	47,9	48,2	50,7	52,8	60	49,5	62	**53**
La Granja	35,6	41,3	38,7	37,6	45,3	54,4	54,2	**43,9**
La Pintana	28,2	41,6	43,5	46	51,2	41	36	**41,1**
Lampa	50,3	60						**55,1**
Lo Espejo	22,6	37,7	46,5	41,8	53	53,4	56	**44,4**
Lo Prado	54,1	52,3						**53,2**
Los Ángeles	45,4	58,7	53,2	49,9	55,3	56,2		**53,1**
Maipú2	64,8	53,8						**59,3**
Maipú1	24,9	28						**26,5**
Pedro Aguirre Cerda	52,3	61,1						**56,7**
Peñalolén	38,1	48,5	43,7	47,2	56,7	54,4	60	**49,8**
Pudahuel	36,4	48,3	52,9	52,2	57,8	64,3	61	**53,3**
Puente Alto	35,5	40	40,6	45,5	60,4	52,6	53,1	**46,8**
Puerto Montt	34	36,2	32,4	48,3	50,5	47,5		**41,5**
Quilicura	41,8	50,3						**46,1**
Rancagua	31,9	50,5	36,4					**39,6**
Recoleta	42	41,8	47,3	58,5	49,4	73,5	94,6	**58,1**
San Bernardo	31,8	45,2	51	46	45	43,9	56,1	**45,6**
San Joaquín	42,3	47,9	54,4	57,5				**50,5**
San Ramón	40,3	42,3	62,8	64,6				**52,5**
Talca	25,7	53,8	57,1					**45,6**
Temuco	43,9	40	42	53,6	58,9	44,8		**47,2**
Valparaíso	28,6	49,6	30	44,2	55,7	73,3	67,4	**49,8**
Viña del Mar	34,3	41,6	40,7					**38,9**
Total	**36,2**	**47,4**	**46,6**	**50,3**	**53,8**	**54,5**	**60**	**47,2**

Fuente: elaboración propia

Como es de esperar, vistos los dos primeros indicadores de carga, Arica es la comuna con menor capacidad estimada durante su primer periodo de implementación, con una capacidad igual a cero. Esta situación se revierte a partir del segundo semestre de

implementación, donde la capacidad anual de servicio estimada fue de 51 casos anuales, mayor al promedio de ese semestre. Otro caso atípico que llama la atención es el de Recoleta, donde la capacidad estimada de servicio para el reporte PIR del 7mo semestre es muy superior al resto de las comunas, igual a 94,6 casos por año. Esta capacidad se explica principalmente por el menor número de días de atención registrados en esa comuna durante el 7mo semestre, el cual fue de alrededor de 3 meses (89,8 días), mientras que el tiempo promedio general de atención en las comunas para el mismo semestre fue de alrededor de 4 meses.

Por otra parte, al momento del último informe PIR contemplado en el análisis se observan algunas comunas que se alejan del promedio, tales como: Rancagua (36,4), La Pintana (36), Antofagasta (35,7). En la cota superior se encuentra Recoleta con un valor de 94,6, muy por sobre el desempeño de las demás comunas del país.

Ahora bien, tanto la cantidad de casos por terapeuta como la capacidad estimada de servicio anual pueden verse afectados por factores de rotación de los profesionales del equipo, así como por la cantidad de casos que pueden ser sujetos de atención. En este sentido, aun cuando el Modelo de MST en lo teórico señala que los equipos clínicos son los encargados de asegurar el flujo de casos para el programa y contempla una serie de estrategias para ir resolviendo los posibles obstáculos para lograr este objetivo, en Chile el componente EDT tiene dentro de sus funciones proveer de casos a MST. Por tanto, es relevante el análisis de la relación entre ambos componentes para comprender la dinámica de los indicadores señalados.

5.2.2.3 Adherencia del terapeuta al modelo

La siguiente dimensión es la de mayor relevancia, ya que apunta directamente a las medidas de adherencia al tratamiento mismo que realizan los terapeutas, la cual además es evaluada por los usuarios directos de la intervención a través de la Medida de Adherencia del Terapeuta (TAM-R), indicador de la adherencia mostrada por el terapeuta en varios ensayos aleatorios para predecir los resultados del joven (MST Institute, 2009) y parte de los procedimientos establecidos por el sistema de control y mejoramiento de la calidad del modelo. El TAM-R es una medida estandarizada que evalúa la adherencia del terapeuta al modelo de MST según lo informado por el cuidador principal de la familia, a quienes se les consulta periódicamente sobre la aplicación de 9 principios de tratamiento[66].

[66] Véase acápite 4.4 Componente Terapia Multisistémica.

En la tabla Nº33 se presentan dos indicadores que resumen el nivel de adherencia a los principios del modelo por parte de los terapeutas. Mientras mayor sean estos indicadores, mejor será el nivel de adherencia de los terapeutas.

Tabla 33: Indicadores promedio de adherencia del terapeuta por semestre PIR

Dimensión	Indicador del PIR	Semestres implementación en cada comuna						
		1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
Adherencia del terapeuta al modelo	Promedio general del puntaje de adherencia (TAM-R)	0,753	0,813	0,833	0,841	0,857	0,848	0,832
	Porcentaje de jóvenes con adherencia al terapeuta (TAM-R) por sobre el umbral establecido	0,742	0,832	0,855	0,874	0,891	0,882	0,874

Fuente: elaboración propia.

Como es posible observar en la tabla anterior, los dos indicadores han mostrado una evolución fluctuante pero favorable desde el primer semestre de implementación. Además, los valores de adherencia de los terapeutas se han mantenido altos para toda la serie, siempre por encima del valor mínimo esperado, de lo cual se desprende que el programa ha sido eficaz en lograr el nivel de adherencia establecido por el modelo.

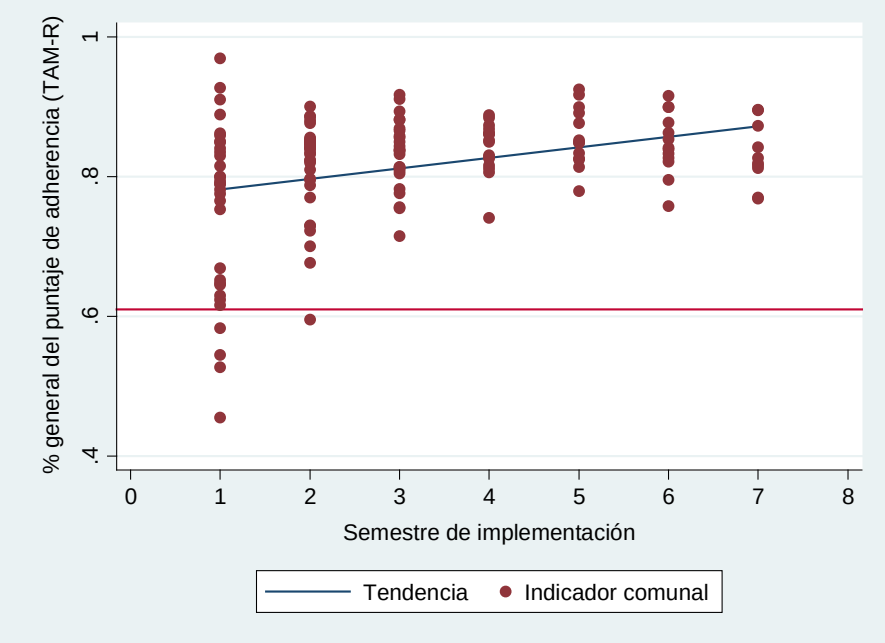
A continuación, se procede a describir separadamente cada uno de los indicadores que componen la dimensión de adherencia del terapeuta.

5.2.2.3.1 Promedio general del puntaje de adherencia (>0,61)

Este indicador referido al promedio general del puntaje de adherencia en el instrumento TAM-R varía entre 0 y 1, y por modelo tiene como mínima exigencia un puntaje de 0,61.

El promedio acumulado para este indicador es de 0,81, con una desviación estándar de 0,08 puntos, lo que da cuenta de un buen nivel de adherencia de los terapeutas durante todo el proceso de implementación del programa. Para obtener una visión más desagregada de este indicador, se presenta a continuación un gráfico con la evolución comunal de los puntajes de adherencia para todas las comunas por cada semestre de implementación.

Gráfico 8: Promedio general del puntaje de adherencia de los terapeutas, comunal



Fuente: elaboración propia

En términos generales, se observa una evolución favorable del indicador, la cual tiende a estabilizarse desde el 6to semestre. Así, los reportes desde el tercer semestre de implementación sobre adherencia resultan ser bastante buenos, al encontrarse más de 20 puntos porcentuales sobre el valor mínimo requerido y sin ninguna comuna bajo el umbral. El gráfico también muestra que, de los 141 reportes PIR utilizados para este informe, sólo 5 de ellos registran un indicador de adherencia del terapeuta menor al mínimo exigido, siendo todos ellos los reportes 1 o 2 de comunas incorporadas a MST el año 2012.

Resulta interesante dar cuenta del comportamiento del indicador en algunas comunas en particular, razón por la cual se presenta a continuación.

Tabla 34: Detalle del puntaje de adherencia de los terapeutas por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	0,97	0,8	0,87					**0,88**
Arica	0,8	0,85	0,84					**0,83**
Calama	0,86	0,85	0,8					**0,84**
Cerro Navia	0,86	0,85	0,75					**0,82**
Conchalí	0,79	0,83	0,78	0,83				**0,81**

Coquimbo	0,93	0,84						**0,88**
El Bosque	0,78	0,89	0,81					**0,83**
Estación Central	0,85	0,82	0,84					**0,84**
La Florida	0,62	0,85	0,84	0,89	0,85	0,83	0,83	**0,81**
La Granja	0,54	0,7	0,92	0,83	0,82	0,9	0,84	**0,79**
La Pintana	0,53	0,6	0,83	0,85	0,88	0,83	0,77	**0,76**
Lampa	0,83	0,9						**0,87**
Lo Espejo	0,46	0,72	0,88	0,86	0,89	0,92	0,87	**0,8**
Lo Prado	0,79	0,85						**0,82**
Los Ángeles	0,79	0,79	0,81	0,88	0,83	0,76		**0,81**
Maipú2	0,75	0,82						**0,79**
Maipú1	0,65	0,83						**0,74**
Pedro Aguirre Cerda	0,8	0,77						**0,79**
Peñalolén	0,58	0,73	0,81	0,83	0,92	0,86	0,82	**0,79**
Pudahuel	0,65	0,84	0,81	0,85	0,9	0,85	0,9	**0,83**
Puente Alto	0,63	0,68	0,87	0,81	0,81	0,84	0,77	**0,77**
Puerto Montt	0,84	0,8	0,84	0,82	0,78	0,82		**0,81**
Quilicura	0,85	0,81						**0,83**
Rancagua	0,82	0,84	0,78					**0,81**
Recoleta	0,62	0,73	0,85	0,86	0,85	0,88	0,81	**0,8**
San Bernardo	0,65	0,85	0,76	0,81	0,85	0,8	0,82	**0,79**
San Joaquín	0,78	0,88	0,88	0,87				**0,85**
San Ramón	0,91	0,89	0,89	0,86				**0,89**
Talca	0,84	0,88	0,86					**0,86**
Temuco	0,77	0,82	0,72	0,74	0,83	0,84		**0,79**
Valparaíso	0,67	0,84	0,91	0,87	0,93	0,9	0,9	**0,86**
Viña del Mar	0,89	0,86	0,86					**0,87**
Total	**0,75**	**0,81**	**0,83**	**0,84**	**0,86**	**0,85**	**0,83**	**0,81**

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior se observa por ejemplo la situación inusual de Antofagasta, comuna que implementó el programa en 2014 y que en su primer semestre de implementación registra el indicador más alto para todos los semestres y comunas, igual a 0,97, y que disminuye posteriormente a 0,80 y 0,87 en el segundo y tercer semestre respectivamente[67]. Por otro lado, la comuna con menor puntaje de adherencia corresponde a Lo Espejo, una de las comunas implementadas en 2012, con un puntaje de 0,56 durante su primer semestre de implementación, el cual fue mejorando progresivamente desde su segundo año registrando en su último semestre (Nº 7) un puntaje igual a 0,87.

[67] La comuna de Antofagasta, por el hecho de haber comenzado con el programa en 2014, sólo cuenta con 3 reportes PIR equivalentes a semestres de implementación para el presente estudio.

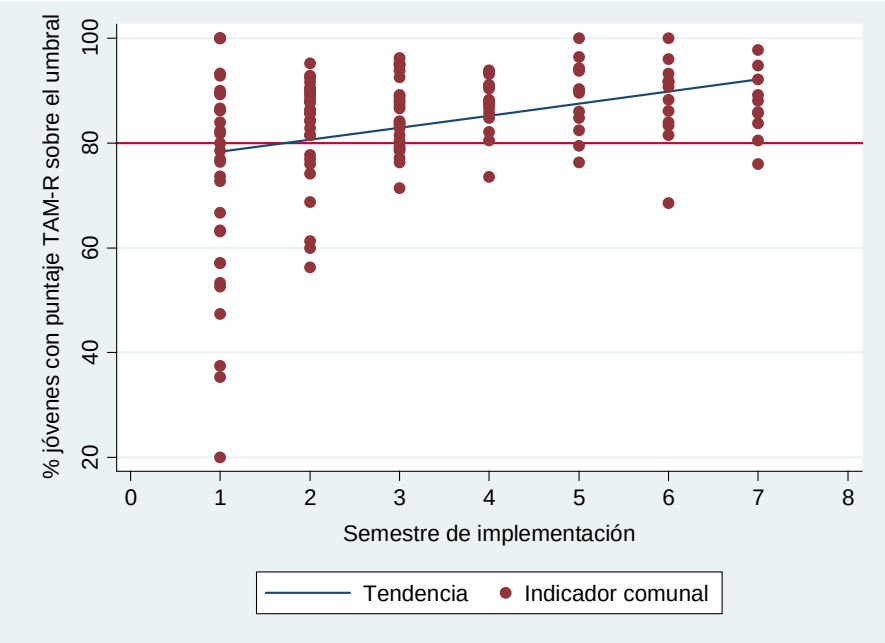
Al momento del último informe PIR por comuna analizado, se observan niveles de adherencia en un rango entre 0,75 y 0,9, a la vez que no se observan comunas que tengan un desempeño bajo el estándar establecido por el modelo. Las comunas que tienen un desempeño más bajo son Cerro Navia, La Pintana, Los Ángeles y Puente Alto, todas bajo 0,78.

5.2.2.3.2 Porcentaje de jóvenes con puntajes TAM-R sobre el umbral mínimo

Este indicador es complementario al anterior y recoge el porcentaje de NNA para los cuales se reportó un nivel de adherencia del terapeuta (TAM-R) sobre el umbral mínimo exigido por MST, que es de 0,61 puntos.

El promedio acumulado para este indicador es 83%, por lo que alrededor de un 17% de los usuarios se encontraría bajo el umbral de adherencia esperado según el modelo. Esta información se presenta distribuida por comuna y por semestre en el siguiente gráfico.

Gráfico 9: % de jóvenes con adherencia del terapeuta sobre umbral, comunal



Fuente: elaboración propia

Durante los cuatro primeros semestres de implementación en las comunas se observa una importante tendencia al alza, junto con una disminución significativa en la dispersión de los datos, la cual, sin embargo, a partir del 5to semestre comienza a aumentar, mientras el indicador promedio tiende a estabilizarse.

Cabe señalar que si bien el TAM-R es clave para el modelo en tanto da cuenta de la adherencia y por tanto la probabilidad de mayor éxito en el logro de los objetivos de la intervención, como todo instrumento de medición está sujeto a elementos de su aplicación que pueden interferir en los resultados obtenidos. Uno de ellos es el lenguaje técnico que utiliza el instrumento (para medir la adherencia a MST utiliza términos propios del modelo), que a juicio de supervisores y terapeutas sería poco comprensible para algunas de las familias con las cuales se trabaja. Sin embargo, no se cuenta con información de primera fuente para asegurar este punto, pues el estudio de implementación no consideró a los usuarios dentro de la muestra, y las entrevistas realizadas en el marco del estudio prospectivo estaban centradas en el tratamiento del programa.

La Tabla Nº35 señala el porcentaje de jóvenes cuyo puntaje TAM-R se encuentra por sobre el umbral establecido por el modelo. Tal como se aprecia, a la fecha del último PIR, el puntaje de las 32 comunas analizadas se encontraba en un rango entre 68,6 y 97,8, correspondiente a Los Ángeles y Pudahuel respectivamente.

Tabla 35: Detalle del % de jóvenes con TAM-R sobre el umbral por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	100	84,4	88,2					**90,9**
Arica	100	88	87,9					**92**
Calama	92,9	90	81,6					**88,1**
Cerro Navia	93,3	92,9	77,1					**87,8**
Conchalí	76,9	86,1	79,4	85,7				**82**
Coquimbo	100	87,9						**93,9**
El Bosque	86,4	92,6	87,2					**88,7**
Estación Central	82,4	84,2	82,9					**83,1**
La Florida	57,1	90,3	83,8	93,9	90	86,1	80,5	**83,1**
La Granja	37,5	61,3	96,3	87,5	90,3	91,9	85,7	**78,6**
La Pintana	35,3	56,3	88,9	86,7	94,3	84	76	**74,5**
Lampa	89,3	95,2						**92,3**
Lo Espejo	20	76,9	93,9	91,2	96,4	100	94,9	**81,9**
Lo Prado	84	89,5						**86,7**
Los Ángeles	78,6	81,6	84,2	93,5	82,5	68,6		**81,5**
Maipú2	72,7	87,8						**80,3**
Maipú1	66,7	92,6						**79,6**
Pedro Aguirre Cerda	86,2	77,8						**82**
Peñalolén	52,6	74,2	83,9	82,1	94,1	90,7	89,2	**81**

Pudahuel	63,3	82,9	80,5	87,5	93,8	91,7	97,8	**85,3**
Puente Alto	63,2	60	83,3	84,8	79,5	88,2	83,8	**77,5**
Puerto Montt	89,5	76	78,6	80,6	76,3	81,6		**80,4**
Quilicura	81,8	85,7						**83,8**
Rancagua	80	88,6	78,9					**82,5**
Recoleta	53,3	68,8	89,2	93,2	89,7	93,3	85,9	**81,9**
San Bernardo	47,4	85,7	76,3	88,2	84,8	83,3	88,1	**79,1**
San Joaquín	73,7	90,6	95	90,9				**87,6**
San Ramón	90	91,7	94,9	88,1				**91,2**
Talca	86,7	86,5	86,7					**86,6**
Temuco	76,5	85,7	71,4	73,5	86	91,7		**80,8**
Valparaíso	57,1	81,6	95,2	90,5	100	96,1	92,2	**87,5**
Viña del Mar	100	89,3	92,6					**94**
Total	**74,2**	**83,2**	**85,5**	**87,4**	**89,1**	**88,2**	**87,4**	**83,3**

Fuente: elaboración propia

5.2.2.4 Adherencia del usuario al tratamiento

En la siguiente dimensión se presentan tres indicadores del total registrado en la plataforma del programa que resumen el nivel de adherencia o compromiso que los usuarios del tratamiento han tenido con la intervención[68]. Cabe recordar que formalmente el modelo no contempla como un problema de las familias la falta de adherencia, razón por la cual considera orientaciones técnicas y recursos económicos para que los equipos clínicos se hagan cargo de lograr la adherencia de las familias al tratamiento[69]. De ahí la relevancia de estos indicadores para analizar la fidelidad al modelo.

A continuación, se presenta la evolución promedio de estos indicadores en Chile, por semestre de implementación.

Tabla 36: Indicadores promedio de adherencia de los usuarios por semestre PIR

Dimensión	Indicador del PIR	Semestres implementación en cada comuna

[68] Aun cuando son de gran relevancia para el programa, no se consideraron para este análisis los indicadores de resultados asociados a la reincidencia, permanencia en el hogar y escolarización/inserción laboral pues el objetivo era visualizar la implementación del tratamiento y la adherencia de las familias a la intervención.

[69] Dicha información está contenida en los manuales, es transmitida a los supervisores y terapeutas, y reforzada por los consultores MST. Del mismo modo, los convenios de financiamiento contemplan un ítem de "refuerzo a la intervención", monto de dinero mensual destinado a superar obstáculos de distinto tipo y/o generar estrategias motivacionales que faciliten la intervención con las familias.

		1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
Adherencia del usuario al tratamiento	Porcentaje de casos que completaron el tratamiento	86,6	91,8	94,4	94,3	92,3	96,3	91,6
	Porcentaje de casos dados de alta debido a la falta de compromiso al programa	6,8	4,2	1,9	3,3	4,2	1,4	4,5
	Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a desplazamiento o reclusión	1,5	3,6	3,4	2	2,9	2	3,4

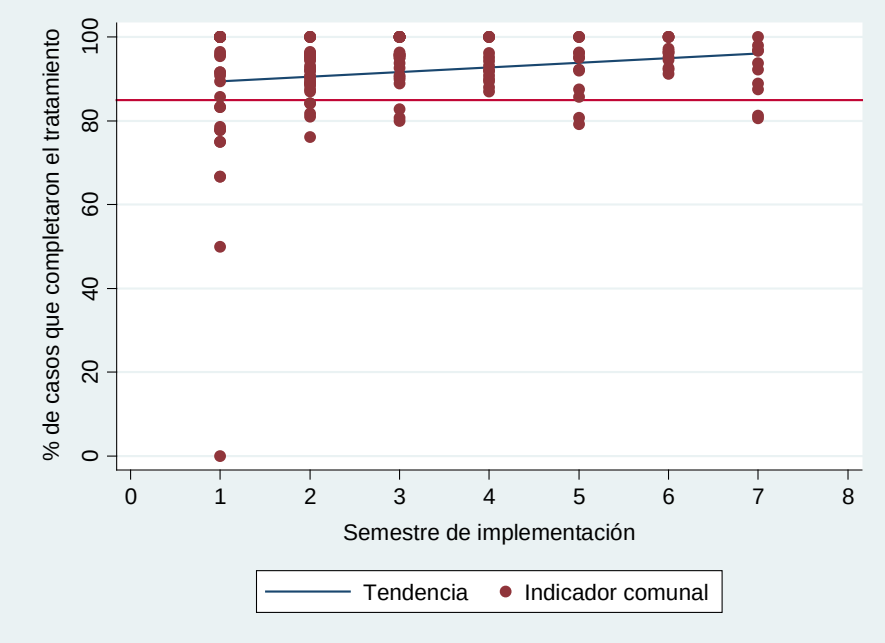
Fuente: elaboración propia

Es deseable que el primer indicador, relativo a los casos que completaron el tratamiento, sea cada vez mayor y que los otros dos indicadores, sobre casos dados de alta prematuramente, disminuyan. Así, se puede observar para el primer y segundo indicador una evolución fluctuante pero favorable, mientras que para el último indicador se observa una evolución fluctuante pero desfavorable. Para un mayor detalle, a continuación, se describe separadamente la evolución de cada uno de los indicadores contenidos dentro de la dimensión de adherencia de los usuarios.

5.2.2.4.1 Porcentaje de casos que completaron el tratamiento (>=85%)

En cuanto al porcentaje de casos que completaron el tratamiento, el promedio acumulado asciende a 91,8%, con una desviación estándar de 11%, es decir cumple con el estándar establecido por el modelo. En el gráfico siguiente se puede observar el desarrollo y tendencia al alza de este indicador para cada uno de los semestres de implementación en las comunas.

Gráfico 10: Evolución % de casos que completaron el tratamiento, comunal



Fuente: elaboración propia.

Si bien el promedio general por semestre de implementación siempre se ha encontrado sobre el umbral exigido de 85%, en el gráfico anterior se puede observar comunas por debajo este umbral para los semestres: 1, 2, 3, 5 y 7. Específicamente para el 7mo semestre, tal como se aprecia en la Tabla Nº37, dos de las 10 comunas mostraron un indicador por debajo del umbral, La Florida y Peñalolén. Por su parte, San Bernardo fue la única comuna que obtuvo un 100% en el indicador de casos con tratamiento completo durante el séptimo semestre, destacando por haber obtenido también 100% en todos los semestres anteriores a excepción del segundo donde obtuvo 90%.

Tabla 37: Detalle % de casos que completaron el tratamiento por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	75	81	100					**85,3**
Arica	0	84,2	80,8					**55**
Calama	100	92	95					**95,7**
Cerro Navia	100	100	100					**100**
Conchalí	77,8	93,1	88,9	92				**87,9**
Coquimbo	100	87						**93,5**
El Bosque	89,5	95,8	92,6					**92,6**
Estación Central	100	100	90					**96,7**
La Florida	96,4	94,4	100	96,2	96,3	96,3	80,6	**94,3**

La Granja	91,7	81,8	90,9	100	95	95,2	87,5	**91,7**
La Pintana	100	100	95,7	89,5	80,8	92,3	92,3	**92,9**
Lampa	90,9	100						**95,5**
Lo Espejo	83,3	88,9	90,5	90	79,2	100	93,8	**89,4**
Lo Prado	78,6	96,2						**87,4**
Los Ángeles	100	89,3	95,7	93,1	100	92,6		**95,1**
Maipú2	95,8	96,4						**96,1**
Maipú1	100	95,2						**97,6**
Pedro Aguirre Cerda	95,5	88,5						**92**
Peñalolén	75	90,9	95	88	85,7	96,8	81,3	**87,5**
Pudahuel	100	95,5	100	100	100	97,2	96,8	**98,5**
Puente Alto	100	96	93,8	87	87,5	96,2	88,9	**92,7**
Puerto Montt	100	84,2	100	90,9	96,2	100		**95,2**
Quilicura	91,7	95,5						**93,6**
Rancagua	66,7	76,2	95,8					**79,6**
Recoleta	85,7	87,5	80	100	95,2	94,6	98	**91,6**
San Bernardo	100	90	100	100	100	100	100	**98,6**
San Joaquín	77,8	92,6	100	95,2				**91,4**
San Ramón	100	88,9	82,8	94,3				**91,5**
Talca	50	90,5	96,3					**78,9**
Temuco	100	100	100	92	92	100		**97,3**
Valparaíso	66,7	92	100	100	92,3	91,2	96,9	**91,3**
Viña del Mar	83,3	94,7	95,7					**91,2**
Total	**86,6**	**91,8**	**94,4**	**94,3**	**92,3**	**96,3**	**91,6**	**91,8**

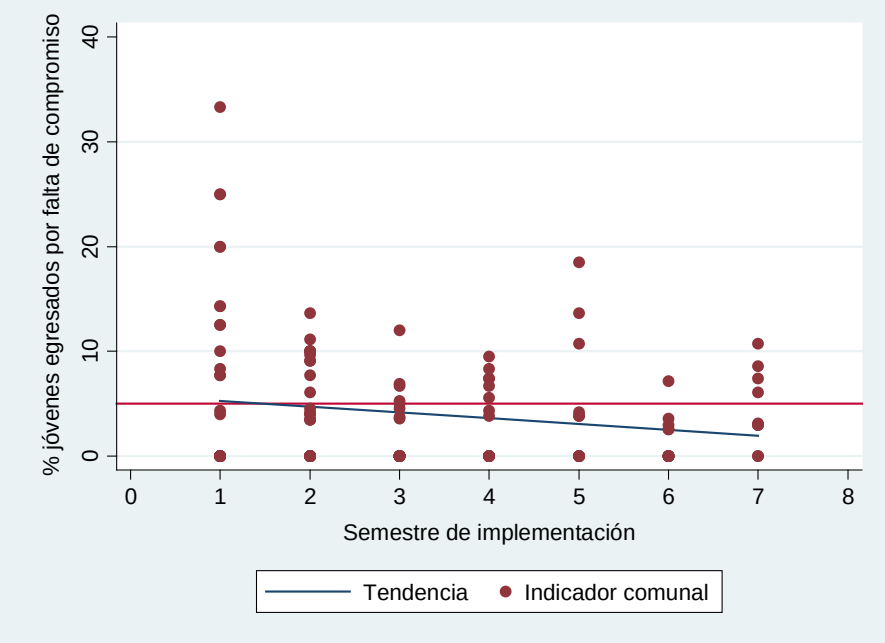
Fuente: elaboración propia

Al analizar los datos del último informe PIR por comuna, se aprecia que el rango de este indicador se encuentra entre 81,3 y 100, y que hay 3 comunas del total de 32 cuyo desempeño estaba bajo el umbral establecido por el modelo: Arica, La Florida y Peñalolén.

5.2.2.4.2 Porcentaje de casos egresados por falta de compromiso con el programa (<5%)

El porcentaje de casos dados de alta debido a la falta de compromiso/adherencia al programa debe ser menor al 5% del total de casos, según está definido por el modelo. En el registro acumulado, el promedio de este indicador es 4,05%, pero con una alta desviación estándar, igual a 5,9%. Esto se puede observar en el gráfico siguiente, donde se presenta la evolución del porcentaje de jóvenes egresados por falta de adherencia al programa para todas las comunas por cada semestre de ejecución del Programa.

Gráfico 11: Evolución % jóvenes egresados por falta de compromiso, comunal



Fuente: elaboración propia.

El indicador agregado desde el segundo semestre en adelante siempre ha estado dentro del umbral requerido, por debajo del 5%. Sin embargo, se observa una alta dispersión, la que si bien ha tenido una tendencia a la baja también ha experimentado sobresaltos importantes en el 5to y 7mo semestre de implementación. En consecuencia, el número de comunas que no cumple con el umbral exigido ha sido considerable a lo largo del tiempo. En esta línea, es posible observar valores altos para este indicador incluso después de varios semestres de implementación. Por ejemplo, en el 5to semestre tres comunas se encontraban sobre el umbral recomendado, todas entre 10% y 20%. Por su parte, para el 7mo semestre también se observan valores sobre el umbral para: Puente Alto (10,7%), Peñalolén (8,6%), La Pintana (7,4%) y La Granja (6,1%).

Tal como se aprecia en la Tabla Nº38, a la fecha del último PIR considerado para el análisis, el indicador se encontraba en un rango entre 0% y 10,7%. A la vez, del total de comunas donde se implementa MST había 7 comunas que presentaban un desempeño bajo el umbral establecido por el modelo, a saber: Conchalí, La Granja, La Pintana, Peñalolén, Puente Alto y San Ramón.

Tabla 38: Detalle % jóvenes egresados por falta de compromiso por comuna

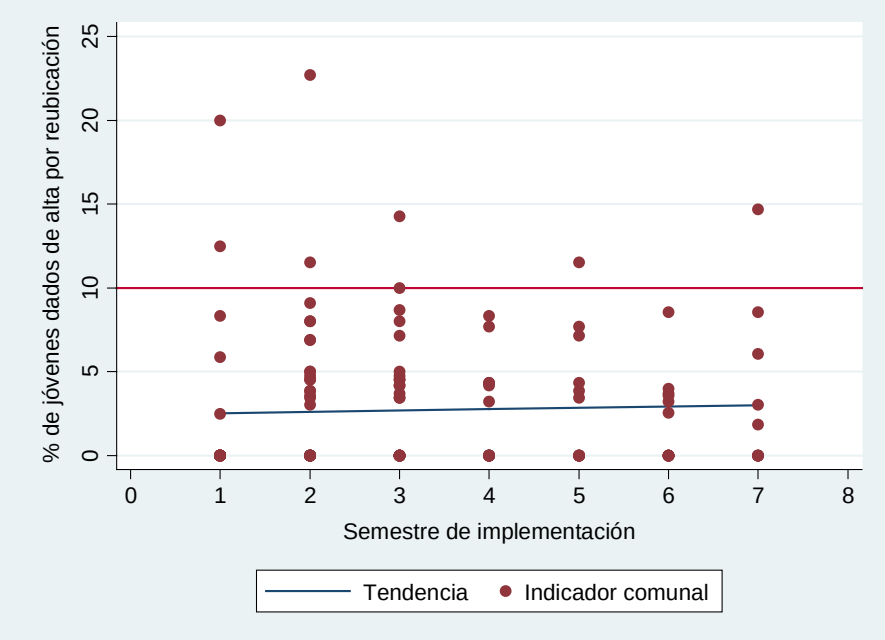
Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	25	9,1	0					**11,4**
Arica	0	10	3,6					**4,5**
Calama	0	0	0					**0**
Cerro Navia	0	0	0					**0**
Conchalí	8,3	3,4	6,9	7,4				**6,5**
Coquimbo	0	0						**0**
El Bosque	10	0	0					**3,3**
Estación Central	0	0	5					**1,7**
La Florida	0	4,5	0	0	0	2,9	2,9	**1,5**
La Granja	7,7	13,6	0	0	4,2	0	6,1	**4,5**
La Pintana	0	0	0	4,3	10,7	7,1	7,4	**4,2**
Lampa	7,7	0						**3,8**
Lo Espejo	14,3	10	4,5	9,5	18,5	0	3	**8,6**
Lo Prado	20	3,4						**11,7**
Los Ángeles	0	9,7	3,7	6,7	0	3,6		**3,9**
Maipú2	4	0						**2**
Maipú1	0	0						**0**
Pedro Aguirre Cerda	4,3	3,4						**3,9**
Peñalolén	12,5	6,1	0	3,8	13,6	0	8,6	**6,4**
Pudahuel	0	4,2	0	0	0	2,6	2,9	**1,4**
Puente Alto	0	4	5,3	8,3	0	0	10,7	**4**
Puerto Montt	0	10	0	0	3,8	0		**2,3**
Quilicura	0	0						**0**
Rancagua	33,3	0	0					**11,1**
Recoleta	12,5	4	12	0	0	2,6	0	**4,4**
San Bernardo	0	10	0	0	0	0	0	**1,4**
San Joaquín	20	0	0	0				**5**
San Ramón	0	11,1	6,7	5,6				**5,8**
Talca	0	9,1	0					**3**
Temuco	0	0	0	7,4	0	0		**1,2**
Valparaíso	25	7,7	0	0	3,8	0	3,1	**5,7**
Viña del Mar	14,3	0	0					**4,8**
Total	**6,8**	**4,2**	**1,9**	**3,3**	**4,2**	**1,4**	**4,5**	**4,1**

Fuente: elaboración propia

5.2.2.4.3 Porcentaje de jóvenes egresados por reubicación (<10%)

Este indicador da cuenta del porcentaje de jóvenes que fueron dados de alta del programa por ser reubicados fuera de su hogar en algún centro de acogida o reclusión durante el período en que estaban recibiendo el tratamiento, entendido como contrario al objetivo del programa de que los NNA se mantengan en el hogar. El promedio general registrado desde la implementación de MST es 2,69%, con observaciones que van desde 0 hasta 22%. Para ver el detalle comunal se presenta a continuación la evolución del porcentaje de jóvenes egresados por reubicación o reclusión para todas las comunas por cada semestre de ejecución.

Gráfico 12: Evolución % jóvenes egresados por reubicación, comunal



Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico anterior, este indicador ha tenido un buen desempeño con relación al umbral objetivo, observándose entre 1 a 2 comunas por semestre que se encuentran fuera de dicho umbral. Para el 7mo semestre La Florida es la única comuna que reporta un indicador de jóvenes reubicados más alto que el umbral, lo que no parece estar asociado a ninguna situación particular del equipo[70].

[70] Se chequearon las respuestas abiertas del instrumento "Evaluación de prácticas de implementación en MST" y el apartado "formato de reporte" del PIR, y sólo se encontraron indicios de problema comunes a la mayoría de las comunas, relacionados con la administración y gestión de los recursos.

Al momento del último PIR considerado, sólo 3 comunas –equivalentes al 9,3% de las comunas del país donde se implementa MST- mostraban un desempeño sobre lo esperado: Arica, Coquimbo y La Florida.

Tabla 39: Detalle % jóvenes egresados por reubicación por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	0	9,1	0					**3**
Arica	0	5	14,3					**6,4**
Calama	0	8	4,5					**4,2**
Cerro Navia	0	0	0					**0**
Conchalí	8,3	3,4	3,4	0				**3,8**
Coquimbo	0	11,5						**5,8**
El Bosque	0	3,8	7,1					**3,7**
Estación Central	0	0	5					**1,7**
La Florida	2,5	0	0	3,2	3,4	0	14,7	**3,4**
La Granja	0	4,5	8,7	0	0	4	6,1	**3,3**
La Pintana	0	0	4,2	4,3	7,1	0	0	**2,2**
Lampa	0	0						**0**
Lo Espejo	0	0	4,5	0	0	0	3	**1,1**
Lo Prado	0	0						**0**
Los Ángeles	0	0	0	0	0	3,6		**0,6**
Maipú2	0	3,6						**1,8**
Maipú1	0	4,8						**2,4**
Pedro Aguirre Cerda	0	6,9						**3,4**
Peñalolén	12,5	3	4,8	7,7	0	3,2	8,6	**5,7**
Pudahuel	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Puente Alto	0	0	0	4,2	11,5	3,7	0	**2,8**
Puerto Montt	0	5	0	8,3	0	0		**2,2**
Quilicura	5,9	3,8						**4,9**
Rancagua	0	22,7	3,7					**8,8**
Recoleta	0	8	8	0	4,3	2,6	1,9	**3,5**
San Bernardo	0	0	0	0	0	0	0	**0**
San Joaquín	0	6,9	0	4,3				**2,8**
San Ramón	0	0	10	0				**2,5**
Talca	20	0	3,4					**7,8**
Temuco	0	0	0	0	7,7	0		**1,3**
Valparaíso	0	0	0	0	3,8	8,6	0	**1,8**
Viña del Mar	0	4,5	4,2					**2,9**
Total	**1,5**	**3,6**	**3,4**	**2**	**2,9**	**2**	**3,4**	**2,7**

Fuente: elaboración propia

Cabe señalar que el bajo porcentaje de casos egresados por reubicación (equivalente a un buen desempeño en el indicador) puede dar cuenta de que el tratamiento está cumpliendo eficazmente con el objetivo de que los jóvenes se mantengan en el hogar, y/o que MST esté recibiendo pocos casos derivados de programas de sanción o que tenían una condena o sanción previa y que se hace efectiva durante el tratamiento.

5.2.2.5 Capacidad de monitoreo

Los procesos de control y mejoramiento de la calidad del modelo contemplan entre sus actividades la aplicación telefónica del instrumento TAM-R para medir la adherencia de los terapeutas, con una frecuencia aproximada de cada 4 semanas por familia. El equipo técnico y los Consultores MST, en colaboración con los supervisores, utilizan esta información para generar retroalimentación al programa sobre cómo mejorar la adherencia y los resultados de este.

En la siguiente dimensión se presentan dos indicadores que resumen la capacidad de monitorear el desempeño en términos de adherencia de los terapeutas o instrumento TAM-R. Mientras mayor sean estos indicadores mejor será la cobertura en el monitoreo del desempeño. En la Tabla Nº40 se muestra un resumen con la evolución promedio de estos indicadores de monitoreo por semestre de implementación en las comunas.

Tabla 40: Indicadores promedio de capacidad de monitoreo por semestre PIR

Dimensión	Indicador del PIR	Semestres implementación en cada comuna						
		1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
Capacidad de monitoreo	Porcentaje de TAM-R completados durante el período reportado en el PIR	0,6	0,71	0,75	0,67	0,59	0,76	0,80
	Porcentaje de jóvenes con, al menos, una entrevista TAM-R	0,82	0,95	0,97	0,96	0,93	0,95	0,97

Fuente: elaboración propia.

Como es posible observar, todos los indicadores han ido mejorando a lo largo del tiempo. Así, el porcentaje de TAM-R aplicados durante el 7mo semestre tuvo un incremento de 20 puntos porcentuales respecto al primer semestre. Por otro lado, el número de jóvenes con al menos una entrevista pasó de un 82% durante el primer semestre a un 97% en el séptimo. Cabe mencionar además que el promedio de TAM-R aplicados por comuna en el primer semestre fue de 43 casos y en el séptimo semestre de 98 casos.

En Chile, una particularidad de estos indicadores es que son monitoreados a nivel central por un equipo telefónico de profesionales dedicados exclusivamente a realizar la aplicación del instrumento a las familias que participan del programa, bajo la supervisión del equipo técnico[71], por ende, más que observar la variación por semestre de implementación comunal es necesario observar la variación del indicador considerando el tiempo que el programa ha sido implementado a nivel nacional.

Así, además de los gráficos por semestre de implementación comunal, también se presentan gráficos con la evolución de los indicadores para el mes cronológico en que se reportó el PIR, dando cuenta así del desempeño de los indicadores a lo largo del periodo completo de ejecución del programa MST en Chile.

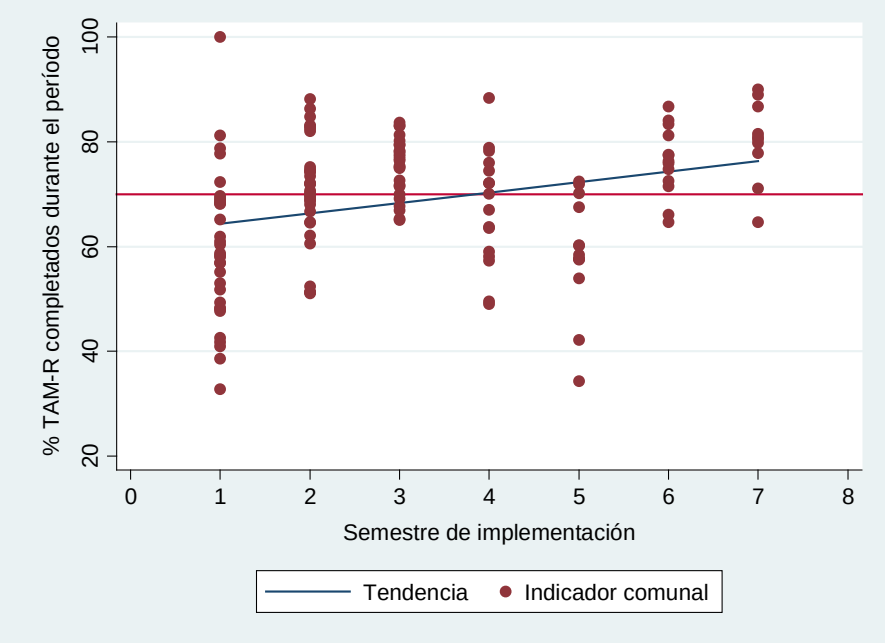
5.2.2.5.1 Porcentaje de TAM-R completados (>70%)

Este indicador corresponde al porcentaje de TAM-R que se completaron durante el período reportado en el PIR. Por modelo se espera que corresponda al menos a un 70% del total de casos a los que se les debía aplicar dicho instrumento de monitoreo. En términos generales, el promedio acumulado de este indicador es de 69% con una desviación estándar de 12,5%.

Para ver el detalle comunal se presenta a continuación la evolución del porcentaje de TAM-R completados para todas las comunas por cada semestre de ejecución en el siguiente gráfico.

[71] Esta estrategia para aplicar el instrumento es una innovación respecto a la experiencia de otros lugares del mundo que ejecutan el programa.

Gráfico 13: Evolución porcentaje de TAM-R completados, comunal



Fuente: elaboración propia

Si bien el indicador tiende a aumentar en el tiempo, en el gráfico anterior se evidencia una caída importante que comienza el 4to semestre y que tiene su menor nivel el 5to semestre de implementación a nivel comunal.

Para observar el comportamiento de este indicador a nivel comunal, se presenta a continuación una tabla con el detalle.

Tabla 41: Detalle del porcentaje de TAM-R completados por comuna

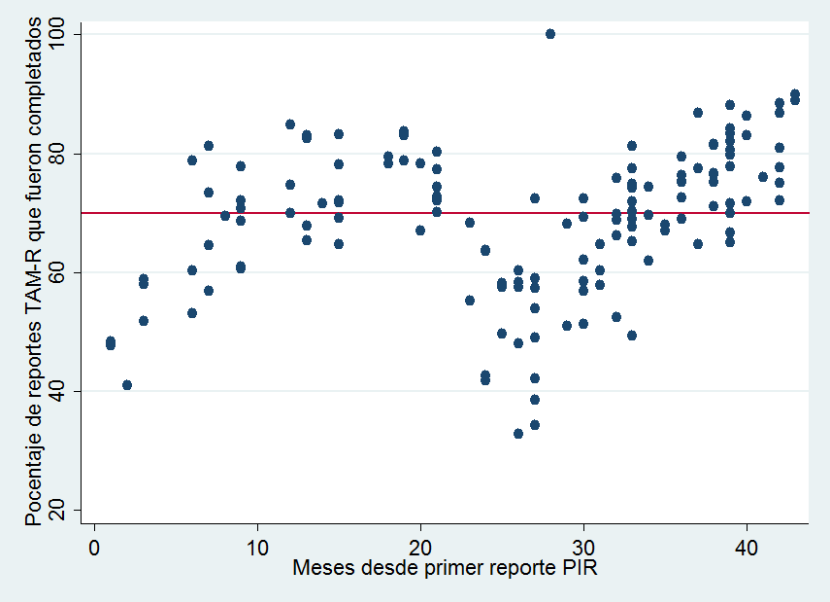
Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	69,2	75,2	75					**73,2**
Arica	100	74,4	83					**85,8**
Calama	56,9	69	77,7					**67,8**
Cerro Navia	72,3	70,3	70					**70,9**
Conchalí	68,2	62,1	75,2	72,1				**69,4**
Coquimbo	68,2	68						**68,1**
El Bosque	42,6	51,4	75,4					**56,4**
Estación Central	38,6	74,2	65					**59,3**
La Florida	81,2	83	83,6	58,1	60,3	86,8	89	**77,4**
La Granja	58,8	72,1	69,2	74,4	53,9	74,8	77,9	**68,7**
La Pintana	47,7	73,5	65,3	67	57,6	75,9	71,1	**65,4**
Lampa	68,9	82						**75,5**
Lo Espejo	58	70,7	71,7	70,1	34,3	77,5	80,6	**66,1**
Lo Prado	65,2	88,1						**76,7**
Los Ángeles	77,8	83,2	72,7	59	67,6	71,6		**72**
Maipú2	69,7	86,4						**78**
Maipú1	60,3	74,7						**67,5**
Pedro Aguirre Cerda	61,9	71,9						**66,9**
Peñalolén	51,8	60,6	78,2	72,1	42,1	81,2	79,8	**66,5**
Pudahuel	56,9	82,6	83,1	49,6	57,8	77,4	90	**71**
Puente Alto	48,3	64,5	67,8	78,8	57,5	64,7	64,7	**63,8**
Puerto Montt	68,6	64,7	80,2	49,1	71,9	83,3		**69,6**
Quilicura	49,3	66,7						**58**
Rancagua	48,1	69,7	76,5					**64,8**
Recoleta	41	69,4	71,6	78,2	60,2	66,1	81,5	**66,9**
San Bernardo	53	70	78,2	63,5	72,4	76,3	86,8	**71,5**
San Joaquín	41,8	51,2	79,5	88,4				**65,2**
San Ramón	55,1	51	66,9	76				**62,3**
Talca	58,3	68,8	81,3					**69,5**
Temuco	61	72	77,3	57,3	70,1	84,1		**70,3**
Valparaíso	78,8	84,8	79,4	63,8	58,4	72,5	81	**74,1**
Viña del Mar	32,8	52,4	76,7					**54**
Total	**59,7**	**70,6**	**75,2**	**67,3**	**58,8**	**76,3**	**80,2**	**68,7**

Fuente: elaboración propia

Como se explica anteriormente, al ser este indicador monitoreado a nivel central, este comportamiento atípico puede ser descrito de mejor manera en el siguiente gráfico,

donde se muestra la evolución de los indicadores comunales, pero por mes cronológico en que se reporta el PIR[72].

Gráfico 14: Porcentaje TAM-R completados según mes de emisión del PIR, comunal



Fuente: elaboración propia

El gráfico muestra que, durante el periodo de funcionamiento de MST en Chile, se tiene un crecimiento sostenido en el porcentaje de TAM-R aplicados hasta poco después de los primeros 20 meses de reportes PIR, y luego se aprecia una caída abrupta del indicador seguida de un nuevo crecimiento sostenido hasta los últimos PIR reportados. El periodo de la caída del indicador comprende a los reportes generados entre los meses 22 y 33 aproximadamente.

El descenso de los indicadores de cobertura de monitoreo específicamente comenzó a partir de mayo de 2014 y recuperó su senda original aproximadamente un año después, en marzo de 2015. Como se señaló anteriormente, este período coincide con el cambio de gobierno central, cambio de los profesionales que hasta ese momento habían estado a cargo de la implementación del programa[73], y la incorporación de 14 nuevas comunas al programa, para cuyo monitoreo se disponía de 2 profesionales a cargo de la aplicación telefónica del TAM-R.

[72] Es importante considerar que el mes en que se reporta el PIR incluye la información de 6 meses hacia atrás, que es el tiempo de reporte completo del PIR.
[73] Entendido como traslado dentro del Departamento y salida temporal por motivos de prenatal.

Al contrastar el gráfico con la evolución semestral por comunas se puede observar que el monitoreo no sólo fue menor para las nuevas comunas incorporadas, sino que afectó en gran medida el monitoreo de las comunas antiguas que ingresaron al programa, en su mayoría en 2012 y algunas de 2013.

5.2.2.5.2 Porcentaje de jóvenes con al menos una entrevista TAM-R (100%)

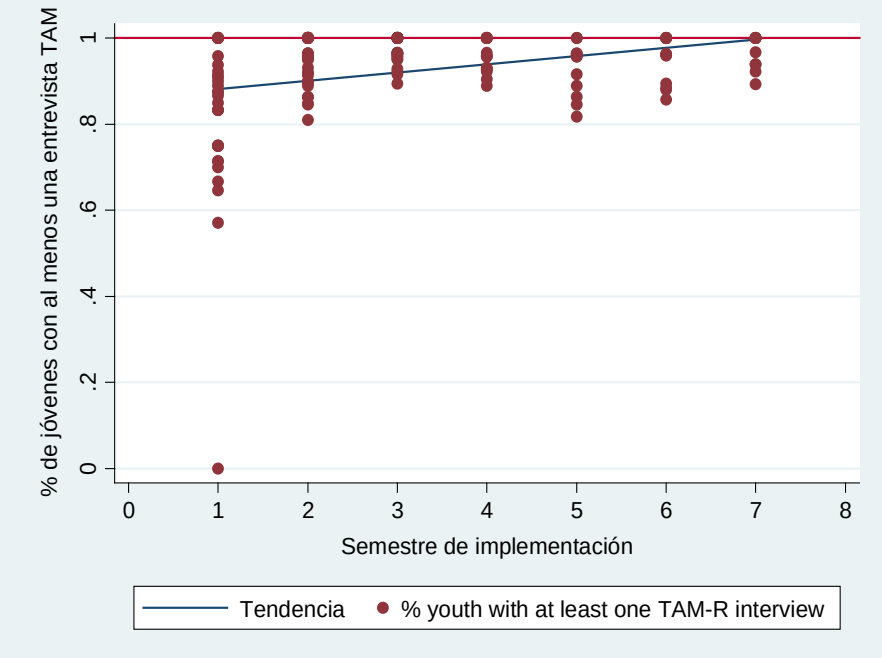
El porcentaje de jóvenes que al menos cuentan con un TAM-R aplicado debe ser igual al 100%, pues es el instrumento básico definido por el modelo para medir la adherencia del terapeuta. Sin embargo, tal como se observa en la siguiente tabla, en promedio este indicador siempre ha estado por debajo del puntaje objetivo establecido por MST Services.

A partir de la información cualitativa del estudio es posible afirmar que su estrategia de aplicación ha experimentado ajustes y mejoras con el tiempo de implementación del programa. Por señalar un ejemplo, con la finalidad de aumentar la cantidad de familias que respondían el cuestionario, se delegó mayor responsabilidad sobre el supervisor del equipo respecto a la aplicación. Para ello, algunas de las tareas específicas que deben cumplir son: velar porque las familias entiendan la importancia de la aplicación del TAM-R; en caso que no haya respuesta al llamado del Centro o equipo de llamadas, corroborar la vigencia de los teléfonos de las familias ingresados en la plataforma MSTI o bien facilitar sus propios teléfonos para el contacto; y visualizar semanalmente a qué familias les corresponde ser contactadas, dependiendo del tiempo que haya transcurrido respecto a al llamado anterior[74].

Para ver el detalle comunal, se presenta a continuación la evolución del porcentaje de jóvenes con al menos un TAM-R aplicado para todas las comunas para cada semestre de ejecución.

[74] MST Services establece que el instrumento debe ser respondido por el adulto responsable cada 4 semanas, a partir de la primera medición al ingresar al programa.

Gráfico 15: Evolución % jóvenes con al menos un TAM-R aplicado, comunal



Fuente: elaboración propia.

Si bien este indicador muestra una tendencia positiva a partir del primer semestre, ésta se pierde al excluir el primer semestre; así, el mejor desempeño no se logra en el último semestre, sino más bien en el tercero, o segundo año de implementación, con un promedio comunal de 97,2%. Ahora bien, los indicadores por mes de implementación del PIR muestran también una disminución en concordancia con el periodo de ingreso de las 14 nuevas comunas al programa MST.

Como se presenta en la Tabla Nº42, entre las comunas que tienen menor porcentaje total de jóvenes con evaluación TAM-R menor al umbral destaca Arica con un 65,5%, lo que puede estar dado porque durante el 1er y 2do semestre de implementación tuvo 0% de TAM-R completados. Le sigue Viña del Mar, con un 81,3%, Quilicura con 82,4% y Maipú1 con 82,5%. Las comunas que destacan con un 100% de jóvenes con un TAM-R mayor al umbral durante los semestres de implementación son Antofagasta, Calama y Cerro Navia.

A la fecha del último PIR considerado en el análisis, el 50% de las comunas donde se ejecuta el programa presentaba un desempeño óptimo del indicador equivalente a que todos los casos atendidos hayan respondido al menos un instrumento TAM-R durante el tratamiento. De las 16 comunas restantes, tres de ellas presentaba un desempeño menor al 90%.

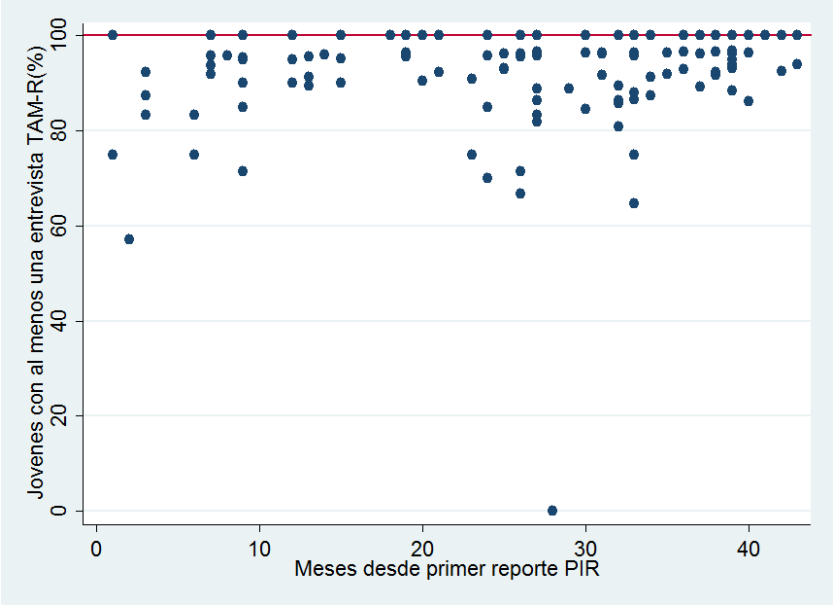
Tabla 42: Detalle del porcentaje de jóvenes con al menos un TAM-R aplicado por comuna

Comuna	Semestre de implementación comunal							Total
	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo	
Antofagasta	100	100	100					**100**
Arica	0	100	96,4					**65,5**
Calama	100	100	100					**100**
Cerro Navia	100	100	100					**100**
Conchalí	90,9	100	92,9	92,6				**94,1**
Coquimbo	88,9	92						**90,4**
El Bosque	85	84,6	100					**89,9**
Estación Central	83,3	96,4	95					**91,6**
La Florida	93,8	89,5	100	93,1	96,4	96,2	93,9	**94,7**
La Granja	92,3	95,5	100	100	86,4	96	93,9	**94,9**
La Pintana	75	100	95,7	90,5	96,3	85,7	92,3	**90,8**
Lampa	75	100						**87,5**
Lo Espejo	83,3	95	95,2	100	88,9	88	100	**92,9**
Lo Prado	86,7	93,1						**89,9**
Los Ángeles	100	100	92,3	96,6	95,8	88,5		**95,5**
Maipú2	87,5	100						**93,8**
Maipú1	75	90						**82,5**
Pedro Aguirre Cerda	91,3	86,2						**88,8**
Peñalolén	87,5	84,8	100	92,3	81,8	100	96,8	**91,9**
Pudahuel	95,8	91,3	96,4	92,9	91,7	100	100	**95,4**
Puente Alto	100	92	89,5	95,7	96,2	96,3	89,3	**94,1**
Puerto Montt	90	90	100	95,8	100	96,2		**95,3**
Quilicura	64,7	100						**82,4**
Rancagua	66,7	86,4	100					**84,3**
Recoleta	57,1	95,8	96	100	95,7	89,5	100	**90,6**
San Bernardo	83,3	95	100	95,8	100	100	100	**96,3**
San Joaquín	70	96,4	96,6	100				**90,7**
San Ramón	75	88,9	96,4	100				**90,1**
Talca	100	100	96,6					**98,9**
Temuco	71,4	100	100	88,9	96,2	100		**92,7**
Valparaíso	75	100	100	100	84,6	100	100	**94,2**
Viña del Mar	71,4	81	91,7					**81,3**
Total	**81,8**	**94,5**	**97,2**	**95,9**	**93,1**	**95,1**	**96,6**	**92,3**

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, al igual que se hizo para el indicador de porcentaje de TAM-R completados, se presenta a continuación un gráfico con la evolución de dicho indicador ya no por semestre de implementación en la comuna, sino más bien por la fecha cronológica del reporte PIR, dando cuenta así de una mayor dispersión y un desempeño del indicador durante los meses 22 y 33 en línea con los problemas del monitoreo del PIR detectados para ese periodo y descritos anteriormente.

Gráfico 16: Evolución % jóvenes con al menos un TAM-R aplicado, comunal



Fuente: elaboración propia.

5.2.2.6 Conclusiones preliminares

A partir del análisis preliminar de los datos, en primer lugar, es posible afirmar que el programa MST es efectivo en el logro de sus objetivos de implementación. Se observa un desempeño relativamente bueno de los indicadores en las cuatro dimensiones estudiadas, a saber: carga de atención de casos, adherencia del terapeuta al modelo, adherencia del usuario al tratamiento y capacidad de monitoreo. Destacan sobre los demás los indicadores de adherencia de los terapeutas.

En segundo lugar, los indicadores analizados muestran en general una evolución favorable en el tiempo a medida que el programa se ha ido desarrollando en la comuna. Así, se evidencia una curva de aprendizaje, determinada aparentemente por la mayor experiencia de los equipos clínicos y el proceso de control y mejoramiento de la calidad.

Específicamente, los niveles de los indicadores tienden a estabilizarse a partir del 5to al 6to semestre de implementación en las comunas, lo que coincide con el tiempo estimado para la implementación completa de un nuevo EBP (entre 2 y 4 años) según The National Implementation Research Network (NIRN, s/f). En Chile esto ocurre poco tiempo después de que la SPD hubiera obtenido el estatus de "socio estratégico" de MST Group, correspondiente a un momento en que se ha ampliado la capacidad de MST en el país (MST Services, 2014).

El monitoreo constante y la evaluación de los equipos comunales en base a los indicadores PIR parece tener efectos inmediatos en el comportamiento de los indicadores observados. En este sentido, en el primer semestre de implementación siempre se muestra una variabilidad alta e indicadores con un bajo desempeño. Conforme avanza la implementación la variabilidad tiende a disminuir, lo cual sugiere una mejor estandarización, que, sumado el mejor desempeño, implica un aprendizaje positivo en la implementación del programa.

En tercer lugar, ha habido especialización técnica en el equipo a cargo del seguimiento del programa. Ejemplo de ello es el equipo de llamados encargado de la aplicación del instrumento TAM-R, quienes han experimentado una serie de ajustes con miras a mejorar el servicio que entregan. Particularmente el año 2014, se observa que la inclusión de 14 nuevas comunas tuvo un impacto negativo importante en la capacidad de monitoreo de la adherencia de los terapeutas desde el nivel central, no observándose problemas relevantes en el comportamiento del resto de indicadores que tienen que ver con el desempeño del programa en cada comuna. Llama la atención que la inclusión de nuevas comunas implicó un menor nivel de monitoreo para las comunas entrantes y además afectó la capacidad de supervisión de las comunas que ya estaban incorporadas al programa previo al 2014.

En este contexto, el equipo técnico realizó ajustes en el equipo de llamados para enfrentar el problema presentado, incluyendo la salida y el reemplazo de profesionales cuyo desempeño y calidad profesional no se ajustaba a lo esperado. Luego de eso, se han realizado cambios en los protocolos de aplicación y estrategias a seguir, que suponen un rol más activo por parte del supervisor, particularmente para conseguir la cobertura esperada de TAM-R.[75]

[75] Frente a problemas de contacto con las familias y con disminuir la influencia del terapeuta sobre la familia al momento de *responder* el instrumento, actualmente si la familia no logra ser contactada directamente debe contestar el TAM-R haciendo uso del teléfono del supervisor.

Cabe señalar, que, junto al impacto en la capacidad de monitoreo de la adherencia de los terapeutas, es posible prever que la expansión del programa a nuevas comunas haya supuesto otros problemas de implementación. Sin embargo, éstos no son observables a partir del análisis de los indicadores disponibles.

En cuarto lugar, y continuando con la supervisión por parte del equipo técnico de la SPD, el estándar óptimo establecido por MST para cada indicador facilita el proceso de monitoreo del desempeño de los equipos para los profesionales a cargo, pues existe claridad respecto a cuándo actuar para apoyar a los equipos en que realicen ajustes y logren mejorar el desempeño. Dependiendo del rendimiento y la estabilidad del "problema" con un indicador, es posible que MST Group se ponga en contacto con el equipo técnico para resolverlo. Por el contrario, en aquellos casos que no hay un target u objetivo, el establecimiento del nivel de rendimiento y las estrategias a seguir dependen del criterio "clínico" o técnico de los profesionales del nivel central, que resulta más variable.

En quinto lugar, las comunas tienden a mostrar un desempeño heterogéneo en los distintos indicadores analizados. En otras palabras, no es posible afirmar que exista una concentración de bajo desempeño en algunas comunas donde se implementa el programa. Del total de comunas analizadas, tres comunas muestran un bajo desempeño en el 30% de los indicadores (Coquimbo, Los Ángeles y La Pintana) y sólo una muestra un desempeño de este tipo en el 40% de los indiciadores analizados (a saber, Puente Alto). En la Tabla Nº43 se presenta el detalle sobre aquellas comunas con menor desempeño por cada indicador analizado.

Tabla 43: Comunas con menor nivel del desempeño, por indicador de fidelidad

Indicador	Comunas con menor desempeño			
Carga de atención de casos				
Número promedio de casos por terapeuta	Coquimbo	Maipú 1	San Bernardo	Temuco
Promedio de capacidad estimada de servicio anual	Antofagasta	La Pintana	Maipú 1	Rancagua
Cantidad de días de tratamiento en los casos con tratamiento completo	Recoleta			
Adherencia del terapeuta al modelo				
Promedio general del puntaje de adherencia (TAM-R)	Cerro Navia	La Pintana	Los Ángeles	Puente Alto
Porcentaje de jóvenes que reportan adherencia al terapeuta (TAM-R) por sobre el umbral	Los Ángeles			

establecido				
Adherencia del usuario al tratamiento				
Porcentaje de casos que completaron el tratamiento	Arica	La Florida	Peñalolén	
Porcentaje de casos dados de alta debido a la falta de compromiso/adherencia al programa	La Pintana	Peñalolén	Puente Alto	San Ramón
Porcentaje de jóvenes dados de alta debido a reubicación	Arica	Coquimbo	La Florida	
Capacidad de monitoreo				
Porcentaje de TAM-R que se completaron durante el período reportado en el PIR	Coquimbo	Puente Alto	Quilicura	
Porcentaje de jóvenes con, al menos, una entrevista TAM-R	Los Ángeles	Pedro Aguirre Cerda	Puente Alto	
Total indicadores: 10				

En sexto lugar, se puede concluir que la carga de atención real programa dista de la cobertura esperada por el nivel central. A pesar de que el número objetivo de atenciones promedio fue fijado en la banda 5 a 6 por la Subsecretaría de Prevención del Delito, el promedio de casos por terapeuta siempre ha estado por debajo de 5, aunque en general los equipos cumplen con el estándar sugerido por MST Services (de 4 a 6 casos). Algunos aspectos que puede afectar a este indicador son la rotación de profesionales y el flujo de derivación de casos.

Finalmente, cabe señalar que, si bien existen estrategias medianamente definidas respecto a cómo actuar frente a un desempeño menor a lo esperado, tanto a nivel individual como de equipo, esto no tiene consecuencias prácticas para los involucrados. En base a la revisión de documentos y entrevistas realizadas es posible afirmar que la supervisión en términos clínicos tiene lineamientos bastante claros por parte del modelo, pero no en términos de gestión.

5.2.3 Viabilidad del programa: ejes críticos de implementación

Este apartado contiene los resultados del análisis integrado de diversas fuentes de información cualitativa[76], realizado con el objetivo de caracterizar y comprender la

[76] A saber, instrumento "Formato de revisión" del PIR (datos disponibles desde el año 2012 a 2016), "Consulta online a los ejecutores" (año 2016), y estudio de casos (entrevistas y *focus groups* a actores clave del nivel central y comunal). El primero y el segundo consideran datos correspondientes a las 36 comunas

implementación de Terapia Multisistémica desde la perspectiva de los ejecutores. Para ello, se utiliza el concepto de viabilidad, entendida como la medida en la cual una innovación como MST puede ser utilizada o llevada a cabo exitosamente en un determinado marco (Proctor, y otros, 2011), para analizar comprensivamente aquellos elementos que han facilitado y dificultado alcanzar el óptimo de implementación de MST.

Cabe señalar que en el análisis se distinguen percepciones de implementadores que se desempeñan tanto en el nivel central como municipal[77]. A su vez, es posible identificar temáticas que fueron mencionadas a nivel general por las comunas y otras que fueron registrados en las entrevistas y grupos focales realizados en las 5 comunas que conforman el estudio de casos. En cada caso, se señala debidamente en el texto el alcance que tiene cada una de las temáticas descritas.

Al igual que en el acápite anterior, el análisis que se presenta a continuación contempla una perspectiva temporal respecto a los obstáculos que han ido surgiendo durante la ejecución, profundizando en aquellos que resultan más relevantes al momento actual del programa MST. Al respecto, es posible afirmar de manera preliminar que los obstáculos que se presentan durante la implementación de un programa como MST son esencialmente dinámicos.

La Tabla Nº44 contiene una síntesis de temas críticos para la implementación identificados en las distintas fuentes de información analizadas, los cuales que han sido ordenados en el documento en función de una gradiente de importancia establecida en base al juicio del equipo evaluador. En la tabla se presenta el nivel de problematicidad reportada por los equipos, así como sus principales características observables.

Tabla 44: Síntesis de ejes críticos de implementación, resultados cualitativos.

Área	Eje	Nivel de problematicidad para los equipos	Cómo se observa
Organizacional	Gestión administrativa	Alto	Demora en la tramitación de los convenios de colaboración entre SPD y municipios, afecta negativamente la disponibilidad oportuna de

donde se implementa el programa, y el último sólo de las 5 comunas seleccionadas. Con motivos de la presentación de resultados se ha llamado "consulta online a los ejecutores" a la pregunta abierta sobre obstáculos y fortalezas de la implementación a nivel local, incorporada en el instrumento de Fixsen por el equipo evaluador.

[77] Los profesionales entrevistados en el marco del estudio han sido identificados únicamente por su rol o cargo, por motivos de confidencialidad.

			recursos para la implementación del programa a nivel local, incluido el pago de honorarios profesionales.
Organizacional	Monitoreo y rendición	Alto	Escasa utilización de la información recogida en el monitoreo para la ejecución a nivel local (dentro del equipo, con contrapartes municipales u otros actores de la red). Dificultad para contrastar datos relativos a usuarios del programa con bases de datos pertenecientes a otros actores públicos.
Organizacional	Condiciones laborales y autocuidado	Alto	Percepción de inestabilidad y falta de protección laboral en equipos comunales, producto de su vinculación al programa mediante modalidad a honorarios. Ausencia de instancias estructuradas y recursos especialmente destinados al autocuidado de los equipos.
Liderazgo	Liderazgo técnico y adaptativo del nivel central.	Medio	Equipo a cargo ha impulsado innovaciones, realizado aprendizajes y generado estrategias para una mejor implementación. Alto nivel técnico del equipo, sin embargo, no cuenta con sistema de *back up,* poca claridad de roles y funciones a nivel interno.
Liderazgo	Liderazgo y compromiso de las contrapartes locales	Medio	Escasa proactividad en innovar para mejorar la implementación. Conocimiento y compromiso con el programa facilita la coordinación con otros actores y resolución de problemas de implementación.
Organizacional	Posicionamiento del programa a nivel central	Medio	Débil difusión del programa con instancias intersectoriales, así como vinculación con actores clave delincuencia juvenil y otros programas públicos.
Organizacional	Coordinación con otros programas nivel local	Bajo	Adecuada articulación con componente EDT. Articulación con programas en los cuales se apoya la terapia, se gestiona a nivel local y está sujeta a voluntariedad de cooperación. Atención de casos de perfiles similares con programas de Sename, especialmente RPA.
Competencias	Selección y desarrollo profesional	Bajo	Valoración positiva del modelo es la capacitación y entrenamiento de habilidades para la intervención, así como la estructuración del desarrollo profesional continuo. Rotación de los profesionales es favorable a la calidad de la implementación, dada por

	ascenso interno de profesionales y renuncias por incompatibilidad con el modelo. Alcanza un 48,1% en los terapeutas (periodo 2012-2016).

5.2.3.1 Gestión administrativa del programa

La gestión administrativa del programa MST en el contexto PAIF 24 Horas está inserta dentro del sistema de administración pública que tiene como característica la centralidad del presupuesto en Ministerio de Hacienda (Dipres), quienes aprueban, desaprueban o modifican las partidas presupuestarias elaboradas por las instituciones públicas, las cuales, a su vez, son ratificadas por el parlamento[78].

La manera de trasferir recursos desde una institución pública a otra para la ejecución de planes y programas corresponde a convenios de "colaboración financiera y técnica", constituyéndose en transferencias anuales para la implementación de equipos profesionales, gastos operativos, insumos, etc.

La tramitación de los convenios, si bien son acciones rutinarias, implica cierta complejidad dado que varias instancias administrativas entran en juego como parte del proceso. En el caso de MST, al Departamento de Reinserción Social de la SPD le corresponde la confección de los convenios y monitoreo de la ejecución de este. Éste debe gestionar internamente que el convenio tenga su aprobación jurídica y financiera, comprometiendo a las respectivas divisiones/departamentos y al gabinete del Subsecretario. Una vez ocurrido esto, el convenio es remitido al respectivo municipio para ser firmado por el alcalde, debiendo pasar previamente por aprobación del departamento jurídico y financiero.

En este marco de implementación del programa, los hallazgos indican que un gran obstáculo se encuentra asociado a la gestión administrativa y administración de los recursos, y por tanto a los convenios establecidos entre organizaciones proveedoras y Subsecretaría. Específicamente, el tiempo de tramitación que supone generalmente se traduce en varios meses de gestiones para la implementación anual del programa MST en ambas instituciones.

[78] Esto implica la tramitación año a año del esquema financiero para las distintas iniciativas programáticas. La preparación de los presupuestos si bien se inicia de manera temprana en las distintas reparticiones públicas queda totalmente tramitado a más tardar el 01 de diciembre del año anterior a su vigencia. De esta forma, el ejercicio presupuestario está estructurado según el año calendario (Contraloría General de la República, 2017).

En ocasiones existen demoras por errores administrativos o debido a deudas que el municipio no ha rendido a la SPD, ya sea por el mismo programa MST u otra línea programática que presenta el municipio en ejecución con la Subsecretaría. En este sentido, la instrucción es no transferir mientras no se rinda los montos adeudados, lo cual puede dilatar más de lo esperable la puesta en vigencia del convenio.

En este sentido, a nivel central se enfatiza que existe:

> *"Dificultad de poder traspasar los recursos año a año porque en la medida que* [las municipalidades] *no tengan un orden administrativo, no están al día en su rendición financiera, hay un dictamen de la Contraloría que uno no puede transferir recursos a una institución que tiene deudas, que no ha rendido o que no ha reintegrado los recursos que tenían que ejecutar en el período de vigencia del proyecto (…) Y no sólo de nuestro proyecto, de cualquier proyecto que tengan con la Subsecretaría. Entonces pueden tener proyectos vencidos desde hace 3 años atrás que nos impiden a nosotros transferir al día de hoy"* (Profesional equipo técnico SPD).

Esto implica que, si bien existen recursos aprobados desde el 01 de diciembre del año previo, la utilización concreta de los mismos ocurre varios meses después, lo cual impacta directamente en la demora de las adquisiciones para el funcionamiento del programa y por tanto en la disponibilidad de recursos para el mismo. En otras palabras, en la práctica su utilización se ve mermada en parte producto de los problemas de gestión administrativa.

Durante el tiempo que tarda la tramitación del convenio, los equipos comunales señalaron no contar oportunamente con los recursos necesarios para la intervención en los distintos instrumentos de recolección de información analizados. En la consulta online a los ejecutores, la administración local del programa[79] fue la dimensión que concentró mayor cantidad de menciones por parte de los profesionales, con un 32%, agrupando problemas tales como gestión de recursos, pago de sueldos y barreras administrativas para la ejecución del programa en las comunas[80]. En la misma línea, en el "formato de revisión"

[79] En esta dimensión se encontraban también los efectos del retraso en la renovación del convenio anual entre la SPD y los gobiernos locales, y la consecuente demora en el pago de honorarios de los profesionales durante los primeros meses del año, que es uno de los principales aspectos críticos para la implementación mencionados por los equipos.

[80] El equipo clínico del programa (terapeutas y supervisores) identificó problemas en este ámbito en mayor medida que los profesionales del nivel central, lo que puede deberse a que en su quehacer cotidiano requieren de recursos que por convenio gestionan los municipios (el refuerzo a la intervención de casos o fondos flexibles que supone el modelo, teléfonos, materiales de oficina, entre otros).

del PIR[81], el obstáculo en la disponibilidad de fondos flexibles para refuerzo a la intervención con las familias ocupó el segundo lugar en cantidad de menciones.

En términos de frecuencia e importancia, se señala como problemática la demora en el pago de los sueldos. Aun cuando esto es sabido para los profesionales, pues en general han trabajado en otros programas bajo una modalidad contractual similar, y es transparentado durante el proceso de selección y capacitación por el equipo de la SPD a cargo, no deja de generarles estrés y malestar. Especialmente los terapeutas deben generar estrategias individuales para sobrellevar la situación durante los meses que tarda el pago, las que incluyen ahorro y endeudamiento.

Algunos de ellos señalaron:

> *"Ya me parece chocante, si consigo un trabajo me tienen que pagar el mes y es raro que no me paguen un mes cada año, no tiene sentido ni lógica. Tienen que tomar esa premisa, que ya consideran normal lo que es anormal: que tienes que estar dispuesto a trabajar dos o tres meses sin sueldo"* (Terapeuta MST).

> *"Si bien los sueldos son súper buenos, el tema de honorarios es terrible. Más encima con hijos y todo el tema, estar pensando en tres meses sin plata, que nadie te responde, que al final el peloteo para acá, el peloteo para allá, que te dicen que sí, que no, entonces al final son todos los años con la misma canción y eso obviamente que genera estrés. No sólo a uno, al equipo, a la familia, es bastante complicado, bastante lamentable"* (Terapeuta MST).

Por su parte, el dinero asociado al refuerzo a la intervención[82], por ejemplo, que por Modelo puede ser utilizado para generar motivación y adherencia en las familias o bien para reforzar los cambios positivos de comportamiento que ha tenido el joven, tiende a no estar oportunamente disponible. Lo mismo ocurre con la disponibilidad de teléfonos celulares para contactarse con las familias, aspecto fundamental en un programa como éste, que prioriza el vínculo del terapeuta con las mismas y la posibilidad de comunicarse fuera de los horarios en que típicamente atienden los programas sociales.

[81] La discusión y resultados obtenidos a partir del análisis de los datos del informe de revisión PIR, se encuentran contenidos en el Anexo Nº6.

[82] Los fondos flexibles están incorporados en el presupuesto del programa, y se componen de una pequeña cantidad de dinero administrada por el Supervisor MST, cuya finalidad es promover el pensamiento creativo del personal clínico para implementar estrategias que podría mejorar los resultados de los clientes que atienden (Manual Organizacional MSTS, 2011: 81). A 2017, este monto alcanza $40.000 (cuarenta mil pesos chilenos.-) por terapeuta por 12 meses aproximadamente, más $40.000 por familia que se encuentre en situación de contingencias.

Cabe señalar que profesionales de distintos niveles entrevistados con motivo del estudio cualitativo, señalaron que el modelo MST tiene como ventaja respecto a programas similares el considerar recursos (monetarios y humanos) para facilitar la intervención clínica. Sin embargo, supone una forma de gestión de los recursos que no es usual en nuestro país, que ha presentado dificultades que se visualizaron al momento de comenzar la implementación y que han debido resolverse durante la implementación a través de distintas vías.

> *"En rigor, era un programa que desde el punto de vista de la administración pública no es un programa que estemos acostumbrados a ver, porque tienen características de modelo que están preestablecidas. Nosotros teníamos que tomar esta "bola" y colocarla donde correspondía, entonces ya eso era distinto desde el punto de vista de la instalación"* (Jefatura, SPD).

A juicio de los supervisores, todos estos elementos tienen repercusiones prácticas y motivacionales de los equipos a cargo del tratamiento, pues deben disponer de sus propios recursos para solventar los problemas administrativos de las instituciones que alojan el programa.

> *"Yo creo que eso es como la tónica de todos lados: que* [en] *el municipio todo es tan lento, y nosotros tenemos requerimientos que son para hoy; hay cosas que suceden y casos en que necesitábamos movernos hoy. A veces tenemos casos que no tienen gas, trabajamos con la pobreza finalmente. Y por ahí, para poder acceder a esa plata, tenemos que esperar un mes. Mientras tanto nosotros gastamos de nuestras platas, cuando llegan las platas ya no podemos rendir esas platas que seguramente llegan, por lo tanto, hay un costo asociado a eso"* (Supervisor MST).

Este juicio es compartido por profesionales del equipo técnico o nivel central, quienes identifican el potencial impacto negativo que tiene esta situación sobre los equipos y, por tanto, sobre la implementación y los resultados del programa. En este sentido, responsabilizan a la gestión municipal de los problemas de este tipo, afirmando que:

> *"Cuando un municipio administra mal, el que paga el costo es el terapeuta o es el supervisor. Nosotros lo pasamos mal y pasamos rabia y todo eso, pero el que no recibe su sueldo es el terapeuta o el supervisor o el equipo de detección temprana en este caso, y eso impacta en los resultados porque un equipo estresado es un equipo que no tiene cómo rendir"* (Profesional equipo técnico, SPD).

> *"Nosotros dentro del modelo tenemos no solamente que pagar sueldos, tenemos que pagar refuerzos a la intervención, test de drogas, telefonía, tenemos que pagar*

una serie de servicios que si un municipio no logra implementar terminan siendo de costo del terapeuta o del supervisor. Entonces tenemos terapeutas que tienen que sacar plata de su bolsillo para poder reforzar positivamente una determinada conducta o un joven, para poder pagar la intervención telefónica que tuvo que hacer con la familia en una crisis, a pesar de que están los recursos. Hay comunas que son de más difícil administración, donde nos han devuelto $9.000.000 que estaban destinados a este tipo de cosas que terminan siendo costeado por los terapeutas y que terminan reventándolos. Nadie va a querer estar teniendo que dudar que, si le van a pagar o no le van a pagar, en qué fecha le van a pagar todo o una parte, si finalmente la va a poder rendir y le van a poder devolver la plata que está gastando. Son garantías que tiene este modelo y que nosotros tenemos serios problemas para poder operar en algunos municipios" (Profesional equipo técnico SPD).

A juicio de uno de los profesionales, los problemas administrativos y de condiciones laborales anteriormente descritos, producto del estrés y malestar que implican, podrían estar impactando negativamente sobre la permanencia de los profesionales.

"El modelo teóricamente, técnicamente y en términos de la incidencia con las familias es súper eficiente y está muy bien pensado. Siento que estas otras variables que son de corte administrativo, económico, contractuales inciden en la estabilidad del terapeuta, y un terapeuta es una tremenda inversión. O sea, pensando en todo lo que demora la capacitación, que implementes realmente MST, todo lo que demora encontrar un profesional con experiencia que haga algunos ajustes, incluso, en su perspectiva teórica, para acoplarse a este tipo de población, a este tipo de perfil, etcétera. Siento que es una gran inversión, entonces siento que ese factor –mirándolo "emesetianamente"- es tan poderoso, que lo administrativo, económico, burocrático, entorpece esto. Pone en jaque un poco la continuidad de ese terapeuta. Por ejemplo, en mi caso, evidentemente que yo no proyecto mi ejercicio laboral en una relación contractual a honorarios. O sea, mi permanencia va a estar limitada seguramente a que encuentre un trabajo que me dé posibilidad de estabilizarme en un lugar que yo sé que podré llegar, solo que quizás la oportunidad en este momento no ha llegado, pero si llegara la decisión estaría situada en esas variables" (Terapeuta MST).

Pese a esto, la importancia de los ítems para llevar a cabo la intervención y cumplir los objetivos que se plantean es tal, que trasciende qué tan oportunamente estén disponibles los recursos. En otras palabras, para los equipos comunales no contar con los recursos monetarios, materiales y/o humanos no es excusa para dejar de aplicar el tratamiento y llevar a cabo las actividades de aseguramiento de la calidad supuestas por el modelo. El lineamiento de hacer "*lo que sea necesario*" supone resolver las dificultades –o *barreras,*

en el lenguaje del modelo- a la brevedad, haciendo uso de recursos monetarios propios cuando amerite.

La resolución de estos problemas administrativos se ha ido agilizando y simplificando, a juicio de los profesionales entrevistados, lo que podría vincularse a un aumento del conocimiento sobre el funcionamiento particular de MST en todos los actores municipales involucrados en la gestión, incluyendo el mejoramiento de competencias de los supervisores respecto a cómo y con quien gestionar lo que el equipo necesita.

En términos prácticos, a nivel local gran parte de la capacidad de maniobra recae en los supervisores, y por tanto en el ámbito de competencias profesionales, usando la terminología de Fixsen et al. (2015). Por estructura del modelo, son quienes deben proporcionar soporte administrativo y velar porque los terapeutas puedan dedicarse a la intervención y el trabajo con las familias de manera concentrada y con la menor influencia de distracciones externas posible. Desde su propia perspectiva, esto supone el desarrollo de competencias en manejo administrativo municipal, establecer buenas relaciones interpersonales con los profesionales de los distintos departamentos con los cuales se debe lidiar en los procesos administrativos, invirtiendo parte significativa de su tiempo en estos quehaceres.

> *"Es el supervisor es el que tiene que estar más estresado teniendo que rendirle a tantos frentes digamos, o sea esta codependencia Subsecretaría-Municipio, este baile que tienen que bailar es difícil porque son exigencias distintas, en tiempos distintos y que requieren de mucha flexibilidad. Nosotros le vamos a pedir estándares de calidad y les voy a pedir que se ciñan a eso, el municipio les va a pedir flexibilidad porque van a pedir que participen del volanteo del niño, que estén repartiendo empanadas para el 18 de septiembre y yo les voy a estar pidiendo que me manden planilla de ingreso de casos, y todo al mismo tiempo digamos. Y el consultor además le está pidiendo que le mande los planes de intervención, entonces ser supervisor es como el jamón del sándwich" (*Profesional equipo técnico SPD).

> *"Yo doy gracias que la persona que está a cargo de todos esos elementos me recibió varias veces, me explicó un montón, como que se dio el espacio y el tiempo de enseñarme y decir "Mira, si vamos a trabajar con esta herramienta: esto tiene que ser así, esto tiene que ser asá", entonces como que me orienté respecto de todos los elementos, como se debían hacer (…) en el caso nuestro implicó harta gestión, harta conversación, harto para allá, harto para acá, pero ahora están operando en forma súper expedita"* (Supervisor MST).

Aun cuando la resolución esté dándose de manera relativamente exitosa, o bien no esté afectando severamente el desempeño de la implementación de MST, estas situaciones no debieran ocurrir en la práctica, toda vez que esto puede ir desgastando al equipo de intervención.

5.2.3.2 Monitoreo y rendición

Siguiendo a Fixsen et al. (2015), un eje importante a considerar para la implementación exitosa de un EBP refiere a los sistemas que concentran datos clínicos y administrativos del Programa, y que debiesen ser utilizados para la toma de decisiones respecto al desarrollo del programa y la práctica clínica. Para efectos de MST, este sistema es la plataforma MSTI.

A su vez, en tanto MST se instala en el marco de una institución pública y de un programa más amplio (PAIF 24 Horas), la SPD agrega a datos establecidos por modelos indicadores propios o de carácter interno. Si bien éstos no fueron analizados, a partir de información cualitativa se puede constatar que a la fecha del estudio se estaba desarrollando un sistema informático de gestión llamado SEG 24 Horas, en línea con el mejoramiento en el sistema de monitoreo de los indicadores, sistema de datos y reporte de ambos componentes del PAIF 24H. Tal como señaló un profesional del equipo técnico:

> *"Estamos poniendo todos los esfuerzos en eso, estamos implementando software para el sistema de registro que al principio nos dieron tantos dolores de cabeza ahora ya tenemos. Y en la medida que también los tiempos lo ameritan, el 2012 o el 2010 hablar de un sistema de registro a través de la web no era tan común o había en los servicios más grandes, pero ahora es como difícil que un servicio o un departamento no tenga un sistema computacional o un sistema electrónico para el registro, entonces es más fácil hacer esa solicitud y poder establecer un registro para eso. Entonces cuando yo digo vamos a tener todos esos datos y vamos a mejorar es porque ahora tenemos un software que nos va a permitir mejor a eso, entonces eso es una ventaja del nivel central, tenemos un software a nivel central que puedes controlar y mejorar también"* (Profesional del equipo técnico, SPD).

Ahora bien, la plataforma MSTI es la principal herramienta de monitoreo del programa, contiene información desde el comienzo de la implementación en Chile el año 2012 a la fecha, incluyendo datos sobre medidas de adherencia, resultados finales e instrumentales, cierre de casos, entre otros indicadores, información de los casos que es ingresada por los equipos a nivel comunal de forma mensual. Los indicadores son reportados por los

equipos comunales del programa en la plataforma, y presentados en el informe PIR aproximadamente cada 6 meses.

En consistencia con esto, entre las cualidades del modelo está tener identificadas aquellas prácticas y características que, según la evidencia, requiere su implementación. Cada aproximadamente 6 meses los equipos clínicos revisan y registran en la plataforma MSTI si las prácticas que, siendo requeridas o sugeridas por el programa para su adecuada implementación, están o no siendo implementadas a nivel comunal. Esta información, así como los comentarios en cada uno de los ítems para complementar o especificar la situación que se presenta en la comuna, se encuentran en el apartado "formato de revisión" del PIR, con la finalidad de llevar a cabo el control y mejoramiento de la calidad del programa. Todo esto es parte de los procesos de Control y Mejoramiento de la Calidad (QA/QI) del modelo, concebido como una gran ventaja de MST respecto a otros programas del sector público.

Los profesionales del equipo técnico del nivel central tienen acceso a la plataforma MSTI, con posibilidad de utilizar una mayor cantidad de funciones disponibles respecto a los equipos clínicos.

Uno de sus principales usos es el monitoreo periódico del programa a nivel comunal, para lo cual se revisan los reportes en la plataforma MSTI de forma mensual utilizando los estándares definidos por modelo para algunos indicadores. En caso de que estén bajo lo esperado, se establecen planes para mejorar el desempeño comunal en acuerdo con el consultor. Así, el equipo a cargo del monitoreo utiliza los datos disponibles para el aseguramiento de la calidad y mejoramiento de la implementación.

En este proceso, el equipo técnico recibe apoyo y supervisión por parte de expertos de *MST Institute* desde Estados Unidos. Durante la implementación en Chile, ha habido experiencias en las cuales MST Services ha planteado su preocupación por el desempeño de un indicador. Un ejemplo concreto tuvo lugar el año 2014, donde tras el cambio de gobierno, hubo una disminución significativa en el desempeño del indicador de cantidad de TAM-R completados.

El monitoreo ha permitido también identificar problemas de reporte. Por señalar un ejemplo, desde el nivel central se ha identificado que los equipos pueden cometer errores al ingresar los datos en la plataforma, lo cual no fue reportado como problemático por los equipos clínicos en los focus groups ni entrevistas realizadas.

Otro ejemplo remite a los problemas que se han presentado con el ingreso de los casos, registro de los indicadores de cierre del tratamiento o cantidad de casos egresados por el programa a nivel comunal, los que no eran consistentes de un mes a otro. Esto se producía porque la plataforma permitía modificar las fechas de egreso, considerando que la intervención es dinámica y sujeta a los avances que presenta el caso en el logro de objetivos, lo que implicaba que la cantidad de casos egresados reportada en un mes podía no coincidir con la reportada para el mismo mes al mes siguiente. Esto generaba un problema en términos de monitoreo y reporte a Dipres, que fue identificado por el equipo técnico.

A raíz de problemas de este tipo es que actualmente el principal responsable de ingresar los datos del equipo comunal es el supervisor. La revisión de los indicadores y el monitoreo del desempeño permite hacer los ajustes necesarios para mejorar en cuanto calidad del dato.

> *"Por ejemplo tú vas analizando egresos mensualmente para un indicador de la Dipres, donde tú tienes un egreso por tres variables; de repente ocurre que un supervisor este mes por ejemplo tiene 195 egresos, y el próximo mes tú tienes 180, pero en este mes tú informas que el mes anterior tuviste un egreso más. Por lo tanto, se sumó un egreso más o cinco egresos más y, por lo tanto, te varió el indicador. Esas cosas no tienen que pasar, y eso tiene que ver también con el proceso de aseguramiento de calidad nuestro. Y para eso necesitas ir colocando controles en distintas etapas del proceso (…). Eso lo hemos ido detectando en el proceso. Antes, como no lo teníamos como indicador, para nosotros no era visible, pero hoy día lo visibilizamos, lo subimos, y le pusimos el control que corresponde"* (Jefatura SPD).

> *"Lo que primero que se me ocurre es de la reportabilidad o sea que quien digita digite bien porque además como es un sistema 'gringo' hay un solo dato súper pedestre pero que no es menor es que las fechas están puestas en sistema 'gringo', están puesta al revés entonces si no ajustan el calendario van a poner la fecha al revés, y si la ponen al revés la cosa pierde todo sentido, entonces ya partimos por ahí, la reportabilidad. Obviamente pueden poner un caso que van a egresar en el 2020 y esas cosas las vamos advirtiendo porque somos bien obsesos con el control de la gestión y vamos cruzando tablas, datos y nos vamos dando cuenta dónde están los errores y se los vamos marcando y todo"* (Profesional del equipo técnico, SPD).

El modelo MST considera distintas instancias para la medición de adherencia o fidelidad. En el caso de los terapeutas, el instrumento para medir fidelidad es el cuestionario TAM-R, aplicado de manera telefónica a los cuidadores para evaluar el trabajo de los terapeutas, bajo una estructura de funcionamiento y recogida de datos que no suele ser utilizada en el

sistema público chileno. Existen además cuestionarios para medir adherencia de supervisores y consultores (SAM y CAM), así como de indicadores contenidos en los reportes PIR –analizados anteriormente-.

Esto se vincula al eje evaluación de desempeño de Fixsen et. al (2015), que refiere a las prácticas a cargo de la SPD diseñadas para monitorear y evaluar la utilización y resultados de las habilidades requeridas para la intervención con MST, a través de medidas de adherencia de los equipos. Particularmente, considera el desempeño en términos adherencia al programa o fidelidad al modelo y a los 9 principios del tratamiento. Obtener buenos resultados de desempeño en estos términos, se relaciona con el éxito de la implementación y por tanto del tratamiento.

Este eje obtuvo una evaluación favorable en la consulta online. En particular respecto al instrumento TAM-R, el estudio cualitativo los profesionales reportan que los ítems y la escala de medición no resulta de fácil comprensión para las familias, sumado al hecho de que tienden a no estar familiarizados con instrumentos de este tipo; que algunas personas responden por deseabilidad social y que por lo tanto habría que cuidar la interpretación de los datos.

Pese a la centralidad de dicho instrumento para el modelo, a la fecha no se han realizado estudios sobre la aplicación y resultados del instrumento en Chile, por lo que estas impresiones de los profesionales no han sido corroboradas.

> *"Las preguntas son complejas, no las entienden. Tenemos un cuidador sordo que respondió puras tonteras. A todo decía "Si, bueno". No del 1 al 5. "Si, súper bien". Y las preguntas son bastante complejas, entonces no están adecuadas al nivel de desarrollo de las familias"* (Terapeuta MST).

> *"Igual puede pasar que hay familias que contestan por deseabilidad social, que contestan porque les da lata. Tú tienes un ítem que llega a cinco y te tiran de abajo para arriba cinco. Y muchas veces me dijo cinco a todo. O me dijo uno a todo porque le dio lata, porque no quería. Entonces hay un trabajo que hace el terapeuta con la familia de decirle cuál es el valor del TAM-R, le deja una cuestión para que sepa de qué se trata, pero yo no sé si es suficiente como para que la familia se tome en serio que ese es su momento para evaluar el servicio que están recibiendo. Muchos de ellos se quieren sacar el cacho de encima"* (Profesional equipo técnico SPD).

Según los datos del instrumento de Fixsen, uno los tres ítems del eje peor evaluados dice relación con que las medidas de adherencia sean prácticas y eficientes. La información cualitativa permite comprender que, para los ejecutores, y particularmente para los supervisores, el TAM-R es poco práctico para orientar el proceso de mejoramiento

continuo de los terapeutas, pues no permite identificar claramente las áreas con desempeño bajo si el puntaje obtenido es muy alto y se distribuye de forma homogénea.

> *"En general lo que me pasa es que el equipo tiene un promedio de adherencia alto, entonces para mí no es un instrumento fidedigno, no es un instrumento que marca algún tipo de alarma para poder trabajarlo con el terapeuta. En general está todo positivo, entonces está orientado de alto a muy alto… no es insumo que me permita decir "Mira, aquí yo visualizo una necesidad de desarrollo de este terapeuta, voy a conversarlo con él". A pesar de que los reviso y todo, no me genera mucha información para poder incorporarlo en el trabajo de desarrollo que hacemos con los terapeutas"* (Supervisor MST).

En el mismo sentido, a partir del análisis integrado de las diversas fuentes de información revisadas, cabe cuestionar la utilidad práctica de los datos del PIR. Por dar un ejemplo, en la consulta online se percibe un escaso uso de la información generada durante el proceso de reclutamiento y selección, entrenamiento y desarrollo continuo, para etapas ulteriores de la implementación.

La información parece ser poco difundida a otros actores clave para la implementación pues no existen instancias fuera de la presentación del PIR comunal donde se muestren los avances y obstáculo identificados semestralmente. De este modo, la información no siempre es difundida a otros actores clave del nivel local, tampoco utilizada de manera sistemática por otros programas de la red. Las contrapartes municipales afirman que dicha información no es utilizada para tomar decisiones y tampoco es integrada a la que los equipos municipales manejan.

> *"(*EL INFORME PIR, QUE SE EMITE AL MENOS UNA VEZ AL AÑO, ¿USTEDES COMO MUNICIPIO LO UTILIZAN? ¿ES UNA HERRAMIENTA QUE LES FACILITA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA?*) Por el momento no. Para serte franca, no hemos utilizado el dato aun, sabemos que es un dato importante. Para lo que lo utilizamos ahora fue para la cuenta pública, que tuvimos que informar a la comunidad cuales eran los resultados del municipio como tal, y dentro de eso estuvo el entregar los resultados del programa, pero que nosotros lo usemos como dato, no"* (Contraparte municipal).

Es posible señalar que los datos disponibles para MST no se complementan con información de los mismos casos perteneciente a otras instituciones y/o programas públicos, tales como Fiscalía, programas Sename, Carabineros, entre otros. La información reportada en la plataforma es la que es declarada por el equipo clínico, y no se tiene acceso a otros datos para hacer la triangulación y confirmación de esta. Este es un

problema que, si bien impacta en la implementación de MST, trasciende a otros programas e instituciones, repercutiendo en la gestión pública y abordaje del problema a nivel estatal. Tal como señala un jefe de la SPD vinculado al programa,

> *"Todos los resultados eran durante el tratamiento y la mayor parte de la información sobre la base de información declarada, y ahí depende mucho de las prácticas de los supervisores, los gestores y los propios terapeutas en términos de certificar que lo que me dice la familia – "este niño no ha sido detenido, este niño está en la escuela"- que efectivamente chequeen la información con las bases de datos del 24 horas, de Carabineros, las páginas de Mineduc; información que no está siempre actualizada y en línea. Entonces, en general, te quedas con la información declarada"* (Jefatura, SPD).

> *"Hoy día estamos tratando de construir un sistema informático, pero el sistema no es solamente porque sí, se tiene que convertir no solamente en un sistema de ingreso de casos, sino que me permita reportar y hacer control de gestión, asociado a ciertos indicadores y para eso necesito una buena base, necesito información de calidad. Y ojalá que esa información se integre con datos que vienen de otros servicios, a lo menos con Carabineros y Poder Judicial y Fiscalía; a lo menos con Carabineros*" (Jefatura, SPD).

Finalmente, si bien los indicadores tienden a ser bastante objetivos, hay otros que están más sujetos a interpretación, como el de escolarización –asociado además a uno de los tres objetivos del programa. Entre los ejecutores, y especialmente entre quienes desempeñan labores de carácter más clínico, no existe aún un criterio común respecto a la forma en que se entiende estar inserto en la escuela. Hay quienes cuestionan que ciertos programas de escolarización, como colegios 2x1 o preparación de exámenes libres en casa, sean efectivamente instancias de integración social, que es a donde apunta dicho objetivo del programa. Esto ha sido diagnosticado por el equipo técnico, más no resuelto a la fecha.

Además, el nivel de éxito que los NNA han tenido en la inserción escolar, por ejemplo, en términos de permanencia o rendimiento, no es posible de medir directamente, pues el modelo no contempla indicadores específicos sobre este punto.

En términos generales es relevante retomar el análisis relativo a la calidad de los indicadores y criterios que actualmente se están utilizando, tanto para medir y monitorear la implementación como resultados. La reflexión realizada por el profesional del nivel central presentada a continuación refiere a aspectos generales de la medición, sin embargo, resulta pertinente dar cuenta de esta idea.

"Hay algo que hacer ahí a propósito que hemos ido creciendo hay que volver al centro y volver a pensar en los criterios, ese es otro desafío a la luz del aseguramiento de la calidad y de mantener la rigurosidad, mejorar la reportabilidad, hacer que los criterios se cumplan, más que vayamos a hacer un criterio nuevo" (Profesional equipo técnico, SPD).

5.2.3.3 Condiciones laborales y auto cuidado de los equipos

Como ya se adelantaba anteriormente, un tema clave para la implementación a juicio de los equipos comunales son las condiciones laborales en las cuales se desempeñan. En Chile, los profesionales que conforman el equipo son reclutados, entrenados y supervisados por la Subsecretaria de Prevención del Delito, pero contratados por las organizaciones proveedoras en la calidad jurídica que cada cual estime conveniente.

Producto de la estructura existente en el sistema público bajo la cual se rigen las municipalidades, la única fórmula en la cual los municipios pueden contratar a los equipos, dadas las características de los convenios de colaboración técnica y financiera suscritos, es en calidad de profesional a honorarios. A juicio de los equipos, este es uno de los aspectos más complejos a los que se enfrentan en la ejecución del programa, pues se advierte como una merma de las condiciones laborales que compite en términos negativos con la calidad del programa y el alto nivel de especialización profesional que se logra implementando el modelo clínico MST.

En efecto, este tema fue recurrentemente señalado por supervisores y terapeutas, obteniendo el segundo lugar en cantidad de menciones en la pregunta abierta incluida en la consulta online aplicada en el marco de esta evaluación. Si bien en dicha categoría se agruparon aspectos diversos, los más mencionados fueron la modalidad de contratación a honorarios y la infraestructura en los municipios[83].

La información recogida en las entrevistas y focus groups con los profesionales de las distintas comunas confirma esta idea. Si bien los profesionales asumen que es la generalidad en los empleos para el sector público y que es conocido por los profesionales al momento de incorporarse al programa, existe la percepción de que esta modalidad contractual los posiciona en un escenario de precariedad, lo que genera una sensación de vulnerabilidad y malestar que tensiona a los profesionales.

[83] Entendida como falta de idoneidad de las oficinas donde están instalados para el ejercicio del trabajo administrativo y/o para realizar terapia con las familias en caso de ser necesario.

"Aquí como somos a honorarios, y las condiciones laborales que tiene el municipio para los honorarios en la municipalidad de [la comuna], *son bastante precarias, porque no contamos… Extra oficialmente nosotros tenemos vacaciones, nosotros no deberíamos"* (Supervisor MST).

"Trabajar a honorarios lo encuentro precario de por sí. De hecho, creo que es algo que todas probablemente evaluamos a la hora de entrar acá, más allá de que el sueldo sea mayor a la mayoría de las pegas de psicología. Creo que el tema honorarios fue un tema a considerar, porque si tú quieres postular a créditos, si quieres (…) más adelante tener hijos, el tema de la salud (…) No sé cuánto es el porcentaje de trabajadores a honorarios en sistema público, [pero] *también es algo que se ha normalizado bastante"* (Terapeuta MST).

Entre otras cosas, esto implica que los profesionales no tienen asegurados ciertos derechos laborales como derecho al pago de licencias médicas, pre/post natal o indemnización en caso de despido, lo cual queda sujeto a la voluntad de las autoridades municipales. De hecho, en los convenios que establece la SPD con dichas organizaciones se encuentra consignado que los contratos incorporarán una cláusula que estipule que los profesionales del PAIF 24 Horas gozarán de los beneficios a permisos administrativos y feriados legales, pero no hace mención de otro tipo de derechos laborales.

"Yo creo que es una responsabilidad netamente municipal, y entiendo que la Subsecretaría, las veces que yo he ido como a conversar estos temas con alguna persona, me dice "Mira, nosotros no podemos tampoco regular y mandarlos y decir: que tienen que poner esto, porque cada municipalidad tiene sus reglas". Entonces cada municipalidad ve esos elementos de forma distinta (…) Es una responsabilidad de la municipalidad qué tipo de calidad contractual le da al profesional, y cuáles son los derechos que va a respaldar (…) Yo recuerdo, de los primeros años, la [supervisora], *para poder asegurar el tema de las vacaciones y todo, tuvo que hacer un montón de tramitación, para allá, para acá. Entonces ahora no, eso ya está resuelto, está como garantizado. Pero al principio fue un tema porque no venía dado de ningún lugar"* (Supervisor MST).

Excepcional en este sentido es la situación de San Joaquín, donde tanto el equipo clínico de MST como la dupla EDT se encuentran vinculados a la Corporación municipal de Salud y Educación mediante contrato de trabajo. Algunas de las implicancias favorables en el bienestar declarado por los profesionales, es que reciben indemnización en caso de despido y tienen estabilidad laboral.

> *"A nosotros nos pagan, haya o no haya plata, porque la* [organización proveedora] *asume el gasto. (…) Bueno, nosotros estamos contratados. Eso implica más gastos, porque recibimos aguinaldos, recibimos indemnización si nos quieren echar, estamos con seguridad laboral, estamos cubiertos por el código del trabajo, nosotros y el EDT. Lo cual, en verdad, es un lujo, (…) Mi equipo es un equipo contento en términos laborales, que tiene estabilidad laboral y no tiene que estar preocupado que tiene que estar ahorrando todo el año porque de enero a abril a lo mejor no va a tener sueldo, porque se produce ese desfase. Eso no pasa en* [esta comuna]" (Supervisor MST).

Según lo declarado por la contraparte municipal, esta decisión emana de su experiencia con equipos que se desempeñaron anteriormente en la comuna, fundamentalmente con el objetivo de brindar estabilidad laboral, evitar la rotación y "cuidar" a los profesionales. Cabe señalar que, junto a la voluntad de hacer este ajuste, la figura legal de la Corporación permite llevarlo a cabo.

> *"La gente de Terapia Multisistémica es gente de salud mental, y a la gente de salud mental hay que darle ciertas garantías cuando lo mandas a hacer box en* [una población]. *Eso yo lo había vivido con otro programa que diseñó la administración anterior, más o menos del mismo estilo: diseñaron un programa de tratamiento de drogas y no me dieron las facilidades para que los terapeutas hicieran buen tratamiento, y perdí muchos profesionales que sabían hacer tratamiento de drogas. Entonces ese* [fue un] *aprendizaje.* [Y también] *que en los Centros de Salud Mental sabemos que los equipos son delicados y hay que cuidarlos; y si hace salud mental en el territorio hay que cuidarlos más, sino no hay que esperar mucho más que rotación. Entonces yo los contraté en Código del Trabajo, y (...) les dije que las razones eran: salud mental, evitar la rotación"* (Contraparte municipal).

Así, en un contexto donde la generalidad es la contratación a honorarios, las formas de cuidar y mantener al capital humano del programa dependen en gran medida de las habilidades y competencias que tengan los líderes del equipo, supervisor y consultor, para manejar las situaciones que tensionan a los equipos.

Otro aspecto relevante para los equipos en materia de condicionales laborales, es que el contexto de la intervención en terreno es percibido como inseguro, considerando que las visitas domiciliarias para atender a las familias se realizan luego de horario de oficina y/o fines de semana, en sectores que en muchos casos son de alto riesgo. Si bien se reconoce que esto es parte de la modalidad de trabajo, se señala poco apoyo para ejecutar las gestiones o planes de seguridad para los equipos por parte de los municipios, así como la falta de un seguro de vida o salud para profesionales desde la SPD.

Este hallazgo fue recogido tanto en la consulta online como en algunas comunas del estudio de casos, y va en línea con los hallazgos del Estudio de Género (SPD - ISONOMA, 2016), donde los equipos señalaron la importancia de tomar en cuenta el cuidado de los terapeutas producto del desgaste físico y emocional que supone su trabajo.

Al respecto, uno de los supervisores señaló en la entrevista:

> *"Una cuestión de pararse en* [una población]*, que te muerda un perro, está lleno de perros callejeros... De hecho, yo te cuento mi percepción, que voy menos a terreno, ni siquiera contar lo de las terapeutas, hay tiroteos… Claro, se pueden guardar dentro de la casa, pero si se tropieza, si cae algo, no hay nada, están sonadas. Ese es el tema, que es como no me puede pasar nada…"* (Supervisor MST).

Esta información fue triangulada con los convenios puestos a disposición del equipo evaluador, en los cuales se corroboró que a partir del año 2014 se incluyó un ítem relativo a gastos en seguridad laboral o seguro de accidentes personales para los profesionales del programa PAIF 24 horas en sus dos componentes. Sin embargo, esto no siempre puede ser ejecutado a tiempo producto de problemas de gestión y administración a nivel municipal señalados anteriormente, razón por la cual los equipos pueden pasar un año completo sin que se haya hecho válido un seguro que proteja su integridad física frente a accidentes de distinta naturaleza.

> *"Como la modalidad del municipio es "Ustedes tienen que buscar oferentes" y* [la comuna] *tiene una modalidad interna de funcionamiento, todo se hace de manera formal, entonces hay que hacer una solicitud de pedir seguros. Se tramitó tanto (…) no se movilizó desde el municipio y lo perdimos. Un año. Y este año, estamos a agosto, hemos pasado todo el año sin seguro y al parecer hay una empresa que licitó, pero todavía no hemos tenido respuesta (...) Las platas vienen para un año, si a uno se la pasan en enero, uno distribuye los meses. Pero ahora en el año quedan cinco meses, y en estos meses tenemos que distribuir, por responsabilidad, toda la plata del año en estos meses. Se me va desfigurando cada vez el contrato con una empresa de seguros, porque un mes a cierta fecha era, por tanto; en esta fecha es, por tanto. Entonces voy a tener que devolver plata nuevamente, y sé que cada vez que se devuelve dinero, eso es una mala administración"* (Supervisor MST).

Otro tema que los equipos relevaron es que su trabajo se realiza en contextos de alto riesgo e implica una alta intensidad, en tanto existen indicaciones por parte del modelo para estar disponibles y acomodarse a los requerimientos de las familias, como la flexibilidad horaria, la jornada 24/7 y/o la posibilidad de ser contactados durante la noche

en caso de emergencia, que suponen una gran demanda de energía por parte de los profesionales.

Si bien las condiciones del trabajo son conocidas al comienzo del proceso de reclutamiento y selección, y son valoradas positivamente para el logro de adherencia de las familias al tratamiento, lo que se reconoce como problemático al menos en dos comunas del estudio es que la responsabilidad y manejo de estas situaciones recaiga en ellos sin la disponibilidad de recursos o instancias de autocuidado para los equipos. En este sentido, se cuestiona la falta de respuesta institucional respecto al autocuidado de los profesionales.

> *"Hay algo de la implementación que me ha llamado la atención desde que entré, y que me parece súper contradictorio: la Subsecretaría de Prevención del Delito implementa este programa en la "muni", y considera que es muy valioso que los terapeutas estén funcionales, responsables, que hagan todas sus cosas y que se den sus espacios para poder hacer auto cuidado, o tener espacios de trabajo de equipo, pero no los financian. Nunca he entendido eso, es como "Te doy permiso para usar el día", pero no hay un ítem, tiene que ser de nuestro sueldo* [y] *salir de nosotros hacer autocuidado. (…) Me llama mucho la atención que no tengan eso, considerando que la pega que hacemos es complicada y demandante…"* (Terapeuta MST).

> *"Aquí nosotros como equipo nos cuidamos entre nosotros, nos apoyamos, tratamos - yo por lo menos- de que cada terapeuta vaya poniendo ciertos límites en términos de responsabilidad para con su cuidado (…) no puedo esperar que un terapeuta que no se cuide a si mismo va a estar haciendo su trabajo con más efectividad. Pero todos esos elementos no están puestos en ningún papel, se tienen que ir trabajando, depende de cada equipo"* (Supervisor MST).

En las demás comunas se señaló que la generación de planes de seguridad es necesaria, dada la concentración de los usuarios del programa en sectores de las respectivas comunas con alto nivel de conflictividad, y que depende de los propios equipos, más no manifestaron experimentar conflicto al respecto.

5.2.3.4 Liderazgo técnico y adaptativo del nivel central

El programa MST se desarrolla desde una institución pública como es la Subsecretaria de Prevención del Delito dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y forma parte del Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito, lo

cual permite el acceso a presupuesto constante y a haber sido respaldada la continuidad y expansión del programa tras el cambio de administración.

En términos del liderazgo adaptativo[84] de la Subsecretaría de Prevención del Delito, destaca la iniciativa de implementar un programa basado en la evidencia para el abordaje del problema de jóvenes con factores de riesgo socio-delictual y vinculados a la comisión de delitos. Un problema que estaba siendo abordado por programas públicos anteriormente, pero respecto al cual se buscó dar una respuesta especializada, estructurada y con una licencia internacional. La decisión de implementar este programa como modelo más adecuado para el abordaje de esta problemática en Chile fue realizada por actores del nivel central.

En ese momento, el equipo a cargo del programa tuvo que entablar relaciones con los encargados estadounidenses de MST Services, generando condiciones propicias para que la evaluación de factibilidad de implementación del programa en el país resultara aprobada por la agencia internacional.

> *"El único problema que teníamos era si los gringos nos iban a dar o no nos iban a dar todo el material, la licencia, y todo para trabajar acá, porque este fue el primer país que se hizo en habla hispana, y todo venía en inglés, entonces había que traducir todo -porque no todos iban a saber inglés-, teníamos que tener la licencia, un contrato de licencia, y eso era lo más complejo. Pero finalmente, hablando con ellos, llegamos a puerto y les pagamos plata, y todas sus cosas. Tradujimos todo, y entrenamos a la gente, trajimos gente, los americanos entrenaron gente nuestra acá"* (Jefatura SPD).

En la entrevista, uno de los responsables de dicho acuerdo con MST Services señaló que para conseguirlo la agencia concluyó que en Chile:

> *"Había un problema concreto, que había apoyo político, que había gestión técnica suficiente para poder trabajar en serio, y que había recursos financieros disponibles para que fuera sustentables, no era una prueba"* (Jefatura SPD).

[84] Recordemos que Fixsen et al. (2015) señalan la diferencia entre el liderazgo técnico y el adaptativo. Desde *The National Implementation Research Network* (NIRN) precisan que el liderazgo técnico puede ser analogado a una buena administración, en la cual el líder está comprometido, es fácilmente reconocible y atiende rápidamente a los asuntos que emergen, organizando grupos para resolver problemas y producir regularmente los resultados esperados. Por su parte, el adaptativo resuena con los líderes que reconocen las capas de complejidad involucradas en cualquier reforma de un sistema a gran escala, como sería la implementación de un programa nacional como MST.

Como se señaló en los antecedentes, al segundo año de implementación, MST se había extendido de 8 a 14 comunas, y a finales del 2013 fue denominado "socio estratégico" e integrante de la red de organizaciones implementadoras alrededor del mundo por parte de MST Services. Entre los requisitos para que esto ocurriera estuvo el haber alcanzado un buen nivel de desarrollo en el manejo del modelo a todo nivel.

Esto es coherente con un segundo elemento a destacar, a saber, el fuerte carácter técnico del equipo a cargo de la implementación en el país. El equipo del Departamento de Reinserción Social se encuentra altamente capacitado en el modelo, y ha aumentado sus competencias clínicas, técnicas y administrativas durante el tiempo de implementación del programa en Chile. Esto es observable a partir del mejoramiento en el rendimiento de indicadores de desempeño, la disminución de los problemas reportados por los equipos en los distintos instrumentos analizados, y muy posiblemente contribuya a la calidad de la ejecución de MST y al logro de los objetivos esperados.

Todo esto ha ocurrido en paralelo al escalamiento del programa a 36 comunas del país, lo que da cuenta del compromiso adquirido con el programa a nivel del gobierno central –independiente de la coalición al mando- y las capacidades políticas de quienes han estado a cargo para conseguir el apoyo de los gobiernos locales, incluidas dos intendencias regionales. Persisten ciertas debilidades, sin embargo, en el posicionamiento del programa y vinculación con otras instituciones involucradas en el abordaje del problema de delincuencia juvenil, que serán abordadas más adelante.

Una posible dificultad para la implementación es que el alto nivel de especialización del equipo se encuentra concentrado en pocos profesionales. De esta forma, si se presenta el caso que uno de dichos profesionales deba salir temporal o definitivamente de su cargo, la actual estructura de funcionamiento del equipo no considera el *"back up"* o respaldo de sus propios profesionales, lo que puede convertirse en una amenaza para la calidad de la implementación. Durante la ejecución existen antecedentes de que esto haya ocurrido, sin embargo, en las entrevistas realizadas no se visualizaron estrategias para anteponerse a la situación.

Como ya se ha señalado anteriormente, durante la implementación, desde el nivel central se han realizado ajustes para ir sobrellevando los obstáculos que se han presentado con vistas a la mejoría de la implementación. Por señalar algunos ejemplos, se han impulsado adaptaciones al diseño del programa PAIF 24 Horas, incluyendo la incorporación de EDT y la utilización del instrumento ASSET entre otras mencionadas anteriormente; se ha reestructurado la Mesa de Gestión de Casos como actividad de coordinación y

seguimiento de casos en la formulación del PAIF 24 Horas (aun cuando a la fecha no estén completamente operativas en todas las comunas); se han estructurado algunos protocolos de colaboración con programas de la red Sename, entre otros.

En la relación con las comunas, con el paso del tiempo y el escalamiento del programa, el nivel central ha delegado parte de la capacidad gerencial del programa en los gestores comunales, cargo que es parte de las innovaciones realizadas con el objetivo de mejorar aspectos de la implementación del Programa PAIF 24 Horas y que responde a un liderazgo de orden técnico.

> *"Antiguamente existían los gestores, pero que no tenían en rol que tienen actualmente, simplemente veían temas administrativos y de instalación de MST. Hoy día ellos tienen un rol mucho más protagónico respecto a la forma en que se atiende la comuna, que es una forma más integral. Ellos tienen el rol de ver la situación de nuestros equipos en las comunas, pero, además de tener una visión del entorno, más política y una visión más de gestión respecto de cómo el equipo se va integrando dentro de toda esta oferta comunal. Yo siempre les digo "ustedes son unos gerentes de la comuna", ese es el rol que tienen que cumplir"* (Jefatura SPD).

Estos profesionales actúan como responsables principales por el posicionamiento del programa PAIF en sus dos componentes al interior de la red local y la vinculación con los otros programas de la oferta comunal. Serían, por tanto, actores a cargo del eje intervención de redes en el lenguaje de Fixsen et al. (2015).

Ahora bien, uno de los desafíos para el Departamento de Reinserción Social y sus líderes es precisamente el trabajo con distintos equipos de ejecutores al interior del mismo programa. Un obstáculo en este sentido puede ser la falta de claridad en la estructura, roles y funciones de los profesionales particularmente de la SPD, que como ya ha sido señalado, es un ámbito que no viene estructurado por el modelo a priori.

Esta tensión puede visualizarse en los cargos y responsabilidades de gestores como consultores, roles clave en el liderazgo desde la SPD de aspectos relevantes para la ejecución del PAIF en las comunas, pues pasan por su ámbito de competencia algunos de los aspectos críticos para la implementación, a saber: el posicionamiento de MST en las redes locales, resolución de obstáculos administrativos con los municipios y generación de condiciones óptimas para la implementación en las comunas. Al no estar tan claramente definidos los roles del equipo del departamento, ambos cargos pueden toparse en sus funciones; de hecho, los gestores se vinculan tanto con MST como con EDT, mientras que los consultores tienen la indicación de trabajar específicamente con el equipo MST.

Es posible que la dificultad para establecer los ámbitos de acción genere ciertos roces al interior del equipo, así como lineamientos algunas veces poco claros respecto al proceder en ciertos casos. Un ejemplo de esto quedó en evidencia en el *focus group* a los EDT, particularmente al referirse a la evaluación de riesgos socio-delictual, la triangulación de evidencia y juicio profesional en el marco del instrumento ASSET.

- *"En el fondo el cuestionamiento que se ha hecho al equipo de detección temprana es al equipo, porque finalmente se supone que no existe evidencia concreta de que el chico está cometiendo delitos.*
- *Y quién te hace el cuestionamiento, ¿MST o la supervisora?*
- *El experto.*
- *A ver, ¿pero por qué? (…) Ojo con el tema del, como se llaman, el experto, porque ahí ya no pueden venir a cuestionar nuestro trabajo en realidad. De hecho, a mí me lo planteó mi primer asesor, que venga otra persona a cuestionar; de partida el que revisa primero el ASSET es tu asesor…"* (Profesionales EDT).

5.2.3.5 Liderazgo y compromiso de las contrapartes locales

Para la implementación a nivel comunal, se ha establecido que debe haber una contraparte, jefe/directivo municipal o algún funcionario/a con responsabilidad administrativa y de confianza del alcalde[85]. Esta contraparte municipal es la encargada de apoyar la gestión administrativa de todos los aspectos que considera el convenio, siendo quien debe velar por la aprobación de este dentro del municipio, gestionar la liberación de los fondos y coordinar todos los aspectos relativos a las necesidades de los equipos PAIF 24 Horas. Asimismo, es quien participa en conjunto con los profesionales de la SPD de la selección de personal de los equipos, brinda soporte para la resolución de los problemas que pueden presentar los profesionales dentro del contexto municipal relativos a la ejecución de MST y es el nexo entre el alcalde o la alcaldesa y los profesionales.

La contraparte es un profesional delegado por el alcalde para hacerse cargo del programa a nivel comunal. Esto supone que quien ejerce el cargo puede tener distinto cargos, grado y funciones en distintas unidades o departamentos dentro del municipio, que hacen variable su nivel de influencia y capacidad de decisión[86]. En algunos casos, es posible inferir que el posicionamiento del programa que se logra desde la SPD y el compromiso

[85] No alude necesariamente al director de desarrollo comunitario (Dideco) o jefe/a de seguridad ciudadana del municipio.

[86] A modo de ejemplo, en el estudio de casos las contrapartes se desempeñaban como: Directora de protección de espacios públicos y seguridad Humana, Directora Jurídica, Jefa del Departamento de Desarrollo y Promoción Social, Directora de la Corporación de Salud y educación y Jefa del Prevención Social y Mediación.

con el alcalde con el programa se traduce en quien delega como contraparte de este, aunque no es posible generalizarlo a todas las comunas.

> *"La contraparte es fundamental. Cuando nosotros le contamos, por ejemplo, la contraparte del programa en* [la comuna A] - *él estaba feliz y dijo "pásenmelo y yo lo administro acá", y se notó la diferencia con la contraparte de* [la comuna B] *que decía "pucha, para mí es un cacho esta cuestión porque yo no tengo responsabilidad administrativa, porque para mí es un cacho adicional tener un programa más con más profesionales". Entonces tú te das cuenta inmediatamente sobre la disposición que existe desde las autoridades y desde los representantes de la autoridad para poder tener un programa que esté funcionando adecuadamente. Entonces yo creo que más allá de elementos físicos tiene que ver con la disposición que tenga la autoridad y la contraparte"* (Jefatura, SPD).

Junto con el cargo de la contraparte, el enfoque que, en materia de seguridad, prevención del delito y/o reinserción social que cada cual tenga puede influir en las diferencias de liderazgo entre comunas.

> *"Si la contraparte es la Dirección de Seguridad, o si es un Dideco por ejemplo, entonces ahí también te encontrai con diferencias importantes de municipio a municipio, porque de repente, no se po', cuando estaba la Directora de* [la comuna] *por ejemplo, que era súper proactiva, ella directamente se relacionaba con el programa, pero en otros municipios tú no tienes una persona así en la Dirección, que tiene otra mirada de la seguridad ciudadana, que está más vinculada al tema de la gestión de flota, más que pensar en temas de reinserción"* (Jefatura, SPD).

En términos generales, los ejecutores del programa señalan que el liderazgo municipal, su nivel de compromiso y conocimiento de MST es bastante variable entre las comunas y dependiendo de varios factores, puede actuar facilitando u obstaculizando la implementación de MST.

Cuando los líderes municipales están más bien alejados del quehacer de los equipos, desconocen tanto su estructura de funcionamiento como sus lineamientos técnicos; cuando prestan poca atención a los requerimientos administrativos y prácticos de los equipos y por tanto apoyan poco la ejecución del programa, están actuando en este segundo sentido y dificultando la ejecución.

A nivel de estudio de casos, un ejemplo de ello dice relación con la selección y contratación de un profesional para el equipo. La supervisora de un equipo señaló,

> *"Las barreras que hemos tenido* [para incorporar a una nueva terapeuta es] *que justamente hay que esperar la respuesta de* [el alcalde]*, independiente de si la conoce o no. Entonces, por ejemplo, la próxima semana hay una capacitación. Nosotros necesitamos que ya nos acepten a la terapeuta para poder ser capacitada e incorporarla, porque ella es la única que tenía la disposición de poder ir a* [la comuna] *(…) Y estamos entrapados en esa situación de que no podemos oficializar el ingreso de esta nueva terapeuta, porque estamos esperando la respuesta de* [el alcalde], *que va a ser cuando él lo determine correcto, o cuando tenga tiempo, que se yo"* (Supervisor MST).

Por el contrario, cuando los líderes valoran y reconocen el aporte del programa, son proactivos en la resolución de problemas, respaldan al equipo y su intervención respecto a otros actores clave, integran al equipo al staff municipal y respetan la modalidad de trabajo en su diferencia respecto a la de otros programas, las contrapartes estarían actuando como facilitadores de la implementación.

Profesionales del nivel central advierten que, una contraparte cercana e informada del funcionamiento del programa MST, resulta fundamental para una buena implementación de la iniciativa en el contexto municipal, así como para sortear las dificultades propias de los aspectos administrativos que conlleva la forma de operar del Programa PAIF.

> *"Depende del estilo que tenga el funcionamiento de cada municipio. Por ejemplo, el municipio de* [la comuna] *es súper ordenado, el equipo está con Seguridad Pública y son súper ordenados, funcionan muy bien. Esta es la única contraparte que ha participado de la capacitación de los cinco días, entonces es súper demandante, pero eso es bueno porque hace que también nosotros tratemos de ser lo más rigurosos posibles, y ese funciona como reloj. Pero hay otros municipios en donde el funcionamiento administrativo es mucho más lento, mucho más engorroso y eso impacta en las condiciones que tiene el equipo para trabajar"* (Consultor MST).

En la consulta online a los ejecutores, se señaló como problemática la falta de conocimiento del programa y comprensión del modelo de Terapia Multisistémica, su forma de trabajo y metodología 24/7 por ejemplo, conocimiento que a su vez puede estar asociado a facilitar la solución a ciertos problemas que presenta la organización.

En este sentido, en los documentos consultados se señala someramente la formalidad que establece que quienes se desempeñan como contrapartes municipales sean capacitados en el modelo al comienzo de la implementación por parte de los consultores MST. Si bien las contrapartes municipales entrevistadas se encontraban bastante informadas sobre el

modelo y quehacer del programa, no se encontró información o protocolo estructurado que detallara de qué forma se lleva a cabo su capacitación.

A esto se suma que, durante la implementación, existen casos en que el cargo de contraparte ha rotado entre distintos profesionales, con distinto nivel de comprensión, conocimiento y compromiso con el programa MST. No hay evidencia que permita afirmar que cada vez que hay un cambio de contraparte se haga una presentación del programa e inducción al modelo, más allá de la entrega del manual organizacional y una presentación en el primer PIR al cual se incorpore la nueva contraparte. Esto podría implicar que existan distintos niveles de conocimiento del programa entre las distintas comunas.

> *"El Director que estaba antes que yo, sí entendía y todo, trabajó con 24 Horas desde sus inicios también, porque él era abogado. Pero el director que estuvo después de él encontraba una lesera este programa, entonces, por él lo hubiera cortado. Cuando yo llegué, de hecho, hice una remodelación de oficina y a ellos* [MST] *me los traje a un lugar como solos, para que se sintieran en un espacio MST. Ahora tienen un espacio solo, tienen como… yo les digo "la pecera". Están en una pecera, ellos entran, salen, tienen su puerta.* [El antiguo director] *no me iba a transmitir los principios del programa, porque él no entiende estos programas, todas estas cosas sicosociales, trabajo con las familias y psicólogos, no"* (Contraparte municipal).

Por otra parte, como una forma de ejercer su responsabilidad, las contrapartes van desarrollando estrategias de apoyo a la implementación del programa local, que incluye la vinculación con otros departamentos o áreas del municipio involucradas en la gestión de los recursos del programa y disposición de personal de apoyo administrativo de la municipalidad. Este ejemplo de "buena práctica" se ha realizado en algunos municipios y es especialmente valorado por los supervisores, en quienes recaen gran parte de estas tareas. Específicamente, en dos de las comunas del estudio de casos se contaba con este apoyo, y en una tercera se habían contado con alguien, pero luego había sido reubicado en otra área del municipio por decisión de la alcaldía.

> *"El tema del apoyo administrativo es algo que aparece este año, recién, y tiene que ver con que hay municipios en los cuales es más complejo gestionar recursos, hay municipios incluso donde el supervisor no tiene ninguna tarea respecto a la solicitud de materiales. Sólo le dice a alguien que esté [de] apoyo en el municipio "sabes qué, necesito test de drogas, estas son las especificaciones" y se genera a nivel interno*

todo el proceso para poder generar la compra y después que llegue al equipo. Hay otros municipios donde el supervisor tiene que hacer todo: la orden, el formato, las cotizaciones; y es en esos municipios donde para bajar un poco el trabajo administrativo del supervisor y propender a que tenga más tiempo para el trabajo clínico, se incorpora este apoyo administrativo" (Consultor MST).

Los equipos locales concluyen que, frente la dificultad del sistema público para albergar programas con una estructura de funcionamiento administrativo como la de MST, los ajustes e iniciativas realizados por las organizaciones proveedoras y sus líderes tienen una influencia positiva en la mejor ejecución del programa.

La disposición resolutiva de las contrapartes no logra ser explicada por factores externos a partir de la información analizada, sino por elementos subjetivos de las mismas –tales como sensibilidad frente al tema de delincuencia juvenil o compromiso con el programa, por ejemplo-. Cabe señalar que en todas las comunas del estudio de casos los profesionales lograban visualizar estrategias de este tipo, sin embargo, la buena práctica peor evaluada en el eje implementación a nivel local en el instrumento de Fixsen fue precisamente "los encargados locales han realizado mejores a los acuerdos establecidos por convenio con la SPD por iniciativa propia, en miras de facilitar la implementación de MST" con un puntaje de 1,12.

Un ejemplo de estrategia utilizada para resolver problemas de índole administrativa fue relatado en el marco del estudio:

"Como el Departamento que yo tengo a cargo es muy grande, tú te imaginarás que el grueso de ellos es a honorarios, los planta son pocos, por lo tanto, los que tienen acceso a pólizas para tener "cajas chicas" y administrar fondos son pocos también. Y como son pocos y los [proyectos] *son muchos, cada uno de ellos ya está calzado con algún fondo, entre ellos yo. La modalidad es que, si yo tengo un fondo, aunque sea de 10 lucas, no puedo tener otro, hasta que no rinda aquello. Como yo siempre estaba ocupada con las pólizas de algunos de los otros programas, y los demás también, logré el propósito de (…) dejar mi póliza a disposición de este programa, que significó adaptar una serie de otras cosas porque la mía era la más fácil, por el grado, por el monto, por una serie de cosas. Hicimos ese despeje para que yo pudiera hacerme cargo de un fondo fijo que se compra y se cobra en vales de teléfono, porque no hubo ninguna otra forma posible" (Contraparte municipal).*

Se debe señalar que en la ocurrencia de estos ajustes y resolución de los problemas que van aconteciendo, los equipos visualizan la injerencia de la SPD. La presentación semestral

del PIR, instancia en la cual se presentan datos relevantes del programa PAIF[87], se visibilizan los obstáculos y se generan acuerdos para su resolución[88], podría estar actuando como herramienta facilitadora en este sentido. La información disponible no permite corroborar esta idea, sin embargo, por lo cual es una hipótesis por explorar a futuro.

5.2.3.6 Posicionamiento del programa a nivel central

A partir de la información recopilada es posible afirmar que uno de los ejes más débiles en la implementación de MST ha sido el posicionamiento del programa a nivel de redes, instituciones y actores clave del nivel central, trabajo realizado por la organización que alberga al programa para influenciar los sistemas y políticas de su área geográfica de competencia para desarrollar un mejor soporte para MST (Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, 2015).

El modelo establece que por definición MST requiere del apoyo de colaboradores clave de las comunidades, por tanto los administradores del programa (a distintos niveles) deben desarrollar conexiones entre instituciones y organizaciones dentro del sistema de servicios, colaborar con los sistemas relevantes para implementar procesos de resolución de problemas, con el fin de eliminar barreras de tratamiento, generar estrategias acordadas mutuamente, monitorear resultados y entregar retroalimentación constructiva al personal clínico cuando las barreras al éxito de la intervención han sido identificadas como "imposibles de solucionar" (MST Services, 2014, pág. 13)

En este sentido, el rol que tiene la SPD en esta materia es fundamental, pues es la organización que lidera la implementación y quien se hace cargo de las alianzas institucionales del programa a nivel macro. Los datos indican que existe claridad respecto a este rol a nivel del equipo técnico.

> *"El trabajo con los actores clave está a tres niveles. A nivel institucional, donde estamos nosotros subsecretaría, municipios, intendencia, donde nos toca intervenir dependiendo del caso, por ejemplo, reuniones entre servicios. Es como generar el paraguas desde el nivel más institucional" (Consultor MST).*

[87] Desde el 2015, el componente EDT se incorporó a esta instancia.

[88] El seguimiento de estos acuerdos está a cargo del gestor comunal respectivo, actor que entabla la relación más cotidiana con la contraparte municipal y que es responsable de facilitar la implementación desde el nivel central.

Sin embargo, desde la jefatura de la Subsecretaría se reconocen ciertas debilidades en cuanto al posicionamiento del programa con relación a las políticas públicas a nivel central. Los esfuerzos realizados con las redes para la implementación del programa han sido menores que los dedicados a otros procesos, tales como la instalación de competencias en los equipos y asuntos de la gestión administrativa[89]. Como señala un profesional en dicho cargo,

> *"Producto de un diagnóstico interno* [dijimos] "*parece que somos como una isla y que no somos visibles dentro del mundo de las políticas (…)* [entonces] *pongamos una estrategia en la cual nosotros logremos adentrarnos en este mundo", cuestión de que logremos justamente hacer esta bajada de arriba hacia abajo. Y mi rol en ese sentido ha sido: "Bueno, vamos integrándonos a las distintas Mesas: Comité Interministerial por Responsabilidad Penal Adolescente, las mesas del Consejo de Infancia, en la Discusión de la Reforma de Infancia que está llevando adelante* [Ministerio de] *Desarrollo Social; vamos mostrando qué hacemos y las ventajas que tiene un modelo y un programa con estas características"* (Jefatura SPD).

Un ejemplo de ello es la débil coordinación entre actores a propósito del Circuito 24 Horas, programa donde convergen, fuera de la SPD, al menos tres actores clave en materia de delincuencia juvenil: Carabineros de Chile, Ministerio de Justicia y Sename. Aun cuando están amparados por el mismo marco programático, y a la prioridad declarada por el gobierno en materia de reinserción social a través de su Plan Nacional de Seguridad Pública, actualmente estos programas no se encuentran coordinados ni comparten información respecto a los casos atendidos por los distintos organismos del circuito.

> *"No está institucionalizada esa relación* [con justicia juvenil], *es más bien de buena voluntad y de adaptación del programa, de innovación a cuestiones adversas. Porque el delegado te puede romper todo el esquema de trabajo por el hecho de ser delegado, porque tiene el control como tú bien lo dices. Entonces, (…) si funcionó, hay que ver bien, protocolizar, hacer una cuestión un poquito más formal, porque lo peor en las políticas públicas es dejarlo a la voluntad o a la buena voluntad de las personas. Si las personas no tienen buena voluntad -que ocurre en muchos casos- se te quiebra todo"* (Jefatura SPD)

[89] Los equipos identifican esta debilidad en la consulta online, específicamente en la práctica "El equipo que lidera la implementación compromete y forma a múltiples líderes de opinión y actores clave que defienden el propósito de MST fuera del Programa", evaluada entre las tres prácticas con menor nivel de implementación del componente intervención de redes.

Este tema responde a un problema más profundo que trasciende al programa MST, que dice relación con la articulación de distintas instancias de la oferta pública en un sistema de prevención, detección y atención de casos. El desafío de política pública, en ese sentido, persistiría pese a los aprendizajes durante la implementación de distintos programas, así como de los esfuerzos realizados en el marco del PAIF 24 Horas[90].

> *"No hay una capacidad técnica de haber absorbido todo y ordenado el control* [de derivación de casos]. *Entonces a veces funciona porque el Comisario, porque hay buena onda, o porque el tipo tiene una inclinación hacia allá, o porque el alcalde habló con no sé quién. La casuística. Y hay veces en que funciona* mal, *porque no está esa integración frente a un tronco común (…) Si yo tengo un niño que está presentando problemas en el colegio, y que a todas luces está delinquiendo, está emborrachándose, está fumando pasta base ¿Cuáles son los mecanismos de detección temprana? ¿Tengo un tronco común para detectar eso y para actuar anticipativamente, y no esperar que entre a la terapia multisistémica para hacerlo? No, porque Educación tiene su lógica, nosotros la nuestra, Sename la suya. ¿Me entiendes? Todo está parcializado"* (Jefatura SPD).

Parte del diagnóstico indica que el programa se inserta en un contexto institucional que presenta ciertas debilidades, respecto a las cuales no logra del todo adaptarse adecuadamente. Usando la terminología de Fixsen et al. (2015), en este punto las debilidades en el eje intervención de redes se cruzan con las de liderazgo, específicamente el de tipo adaptativo.

Si bien tanto el modelo como MST Services afirman la importancia de la articulación de redes y brindan orientaciones respecto a cómo lograrla, los lineamientos específicos respecto a qué hacer y cómo solucionar obstáculos de este tipo en el contexto chileno, les corresponden en este caso a los líderes del programa, aspecto que, a juicio de estos, no se encontraría del todo resuelto.

5.2.3.7 Coordinación con otros programas de la red local

El análisis realizado indica que, aunque con niveles de información dispares, los ejecutores a distintos niveles señalaron problemas atingentes a procesos de articulación de redes. En

[90] A partir del diagnóstico realizado para el Programa Vida Nueva, y de los posteriores ajustes realizados –que incluyeron la implementación de MST-, una de las líneas de trabajo era el fortalecimiento de la capacidad de gestión y específicamente un sistema de gestión integral de casos. En este marco es que se da lugar a las mesas de gestión de casos, entendidas como instancias de coordinación y colaboración entre los programas locales de infancia, educación, salud mental, desarrollo comunitario y otros, para articular la intervención de casos.

la consulta online a los ejecutores, los problemas relacionados con las redes locales ocuparon el cuarto lugar de las menciones con un 12%, dimensión que refiere a aspectos propios de la oferta programática a nivel local para atender a los casos sujetos a intervención de MST, la coordinación entre actores locales, problemas de derivación de casos y difusión del programa, en orden decreciente en cuanto cantidad de menciones[91].

Para el logro de los objetivos establecidos por MST, el modelo de intervención supone el abordaje de la ecología familiar del joven. Formalmente, el programa plantea sus operaciones en el marco del sistema de servicios sociales, por tanto, es un desafío posicionar a MST como parte de la comunidad que puede interactuar con las otras instituciones, programas y servicios existentes para el beneficio mutuo (MST Services, 2014).

Si bien MST se plantea como una intervención que se hace cargo de la mayoría de los problemas que aquejan a las familias, es frecuente que con miras al logro de objetivos de la intervención el terapeuta tenga contacto con los centros de salud y/o salud mental, programas de re-escolarización o bien que requiera el apoyo de programas municipales recreativos para promover la integración del joven a una instancia prosocial. Un aspecto relevante en este sentido es que, si bien MST establece por modelo una intervención orientada a fortalecer la vinculación de la familia con las redes de apoyo informales, tales como la escuela o el trabajo, se estaría priorizando también la vinculación con las redes formales, como los sistemas de beneficios sociales, programas municipales, entre otros.

> *"O sea, las familias requieren las redes, volver al municipio los que se han alejado, requieren volver a la escuela, volver a usar los sistemas de salud..."* (Supervisor MST).

Ahora bien, en la Tabla Nº45 se detallan los principales actores señalados en las entrevistas y *focus groups* con los cuales se vincula MST, así como las razones para dicha vinculación.

Tabla 45. Caracterización de actores y vinculación con MST a nivel local.

Actor	Motivos para la vinculación con MST
Comisarías y/o Unidades de Carabineros de Chile	Derivación de casos al programa, a través de EDT. Difusión del programa: presentación como parte de la

[91] Esto fue señalado por encuestados de todos los niveles dentro de la estructura del programa, con excepción del equipo técnico quienes tienen bastante menor involucramiento con las redes del territorio que los profesionales de otros cargos.

	oferta local, objetivos, modalidad de trabajo.
Tribunales de Familia	Derivación de casos al programa, a través de EDT. Difusión del programa: presentación como parte de la oferta local, objetivos, modalidad de trabajo. Realización de denuncias por vulneración de derechos
Equipo de Detección Temprana	Derivación de casos al programa MST y facilitación del contacto con otros programas de la red.
Programas de la red Sename (protección y/o sanción)	Coordinación entre profesionales para la intervención de casos. Derivación de casos al programa.
Red educativa	Coordinación para inserción educacional o re-escolarización de NNA (objetivo del programa). Derivación de casos al programa. Difusión del programa: presentación como parte de la oferta local, objetivos, modalidad de trabajo.
Centros de salud	Derivación de los adultos cuidadores a programas para apoyar problemas de consumo de drogas/alcohol (en NNA puede haber apoyo farmacológico).
Otros programas sociales	Derivación de la familia a programas para apoyar acceso a derechos sociales y/o empleo.

Fuente: elaboración propia.

El proceso de intervención es apoyado por el supervisor y consultor de MST, y respaldado por el gestor del programa, representante de la SPD, que trabaja más directamente con el componente EDT.

> *"Los gestores cumplen un rol fundamental respecto de la forma en que se relaciona nuestro programa con otros programas u otras ofertas existentes en la comuna. El rol que tiene el gestor comunal es relevante para ir a conversar con los distintos actores; es ir a conversar e ir a negociar, también, sobre la forma en que se va a trabajar en la comuna…"* (Jefatura, SPD).

En los distintos instrumentos utilizados en el análisis, los equipos mencionaron con frecuencia problemas relativos a la vinculación de la SPD con el nivel local, coordinación entre ambas partes, seguimiento de los acuerdos establecidos en las instancias PIR por ejemplo y asuntos políticos. En la consulta online a los ejecutores, fue mencionada como

problemática para la implementación del programa la relación entre la Subsecretaría de Prevención del Delito y el nivel local, con un 11% de las menciones[92].

A partir de un análisis integrado de la información, es posible afirmar que varios de estos problemas competen a los gestores[93]; sin embargo, no es posible atribuirles total responsabilidad, pues los aspectos que deben abordar son numerosos y diversos, considerando además que el programa ha escalado y la cantidad de profesionales en este rol no ha crecido a la par que el número de comunas. El inminente componente político del cargo, en tanto supone generar compromiso y establecer acuerdos con las contrapartes, posicionar el programa en las redes locales, hacen necesario que los profesionales en dicho cargo ejerzan el liderazgo con el respaldo de los líderes del nivel central.

El trabajo de articulación a nivel local es realizado por los equipos clínicos, quienes tal como describe la consultora MST, facilitan la vinculación de la familia con la red local y entablan coordinación con otros programas presentes en su entorno, que tienen también como sujetos de atención a los NNA y sus familias.

> *"Hay* [un] *nivel que es el del supervisor,* [que] *se relaciona con los coordinadores de programa. El otro trabajo a nivel de actores clave es el que hace el terapeuta, porque es él quien va a contactar al delegado de libertad asistida y genera objetivos en común de tratamiento y colabora. Entonces, independientemente de dónde está inserto el programa, si está* [en] *la intendencia, la corporación o el municipio, el trabajo tiene que ver con la ecología del adolescente y ahí nos tenemos que mover (…) Cómo implementamos el modelo requiere de esta coordinación en red, siendo el nivel más importante (…) el terapeuta con* [el] *asistente social del consultorio, con* [el] *delegado, con* [el] *profesor. Y modelándole a la familia cómo continuar ellos con ese nexo"* (Consultor MST).

El modelo provee orientaciones clínicas, transmitidas y adecuadas por el consultor hacia los equipos para su aplicación en el contexto de la implementación del programa, más la especificidad de su funcionamiento ha de ser cubierta por los ejecutores. De hecho, sólo

[92] A diferencia de otras dimensiones ésta fue señalada de manera más frecuente por profesionales del nivel central en sus distintos roles, análisis que resulta esperable dado los cargos que ejercen y las tareas que les competen.

[93] Pese a la relevancia de los gestores para la implementación, no se cuenta con mayor evidencia para profundizar en su quehacer pues no fueron parte de la muestra de esta evaluación, siendo recomendable incluirlos en futuros estudios o análisis del programa.

en el caso del circuito 24 Horas –EDT, mesa de gestión de casos y Sename[94]- las relaciones se encuentran relativamente protocolizadas, proceso que ha experimentado ciertos ajustes durante el tiempo de implementación.

> "*En los territorios sí hay algún nivel de relación con la política pública y con la oferta local. Eso existe, pero no es una relación estructurada ni protocolizada, más bien depende de que el terapeuta se la juega porque "este cabro necesita un cupo en tal lado" y logra ese cupo porque además conoce la red, porque está inserto en el territorio, que es la gran ventaja de estar en ese espacio"* (Jefatura, SPD).

A su vez, este punto fue relevado por profesionales del equipo EDT.

> *"Podría ser interesante que la Subsecretaría efectivamente en cada una de las comunas pudiese* [tener] *protocolos formales con distintas instituciones, para que hubiese el respaldo de que éstos son los procedimientos a seguir con la derivación de casos (por ejemplo, con la gestión de casos), y no que nosotros lleguemos finalmente a hacer un convenio y un acuerdo de buena voluntad, que cuando se va la persona se acabó el asunto y tienes que empezar de nuevo desde cero a levantar la red. Yo creo que en temas de infancia debería haber políticas públicas, convenios formales de funcionamiento, para darle sostenibilidad en el tiempo a programas como este"* (Profesional EDT).

A juicio de los equipos MST, un aspecto que facilita la colaboración con otros programas de la red local, en términos de acceso y proximidad, es el hecho que el programa esté alojado en el municipio.

> *"Para nosotros en el trabajo específico la gran ventaja es el acceso a las redes (…) de alguna manera nos ven como un programa municipal en algunas redes, tenemos más llegada. Por ejemplo, al ámbito escolar, a los Cesfam, al ámbito salud. Entonces, la verdad que desde ahí no somos como un programa extraño que viene desde otro lado, podemos acceder a las redes, y eso -en este trabajo- es fundamental..."* (Supervisor MST).

Sin embargo, en materia de difusión del programa al interior de las respectivas redes de infancia local, el nivel de recambio de profesionales de los programas bio-psicosociales supone un desafío para los equipos, pues deben estar actualizar permanentemente a la red sobre qué es MST, cómo trabaja, qué perfiles atiende, etc. En este esfuerzo cobra un

[94] Específicamente, sólo hay lineamientos formales de colaboración para MST por parte de la SPD respecto a los programas de justicia juvenil, que además son bastante recientes (SPD - Sename, 2016).

rol protagónico el EDT, quienes realizan gran parte de esta tarea en cuanto co-lideran con profesionales de programas del 24 Horas la Mesa de Gestión de Casos.

> *"Nosotros no podemos decir que MST ya se instaló. Es verdad, ya se instaló, pero la rotación de la gente que trabaja en las redes es súper alta. Entonces siempre tienes que estarle presentando el programa a los demás, y en eso tampoco puedes descansar. "No, es que yo ya fui al Cesfam* [del sector]*", si po', pero fui el año pasado, resulta que hoy en día la directora es otra, la encargada de psicología es otra, todos son otros. Por lo tanto, tú tienes que estar constantemente recordando y contando de qué se trata el programa"* (Supervisor MST).

A partir del análisis, otro aspecto a relevar es la vinculación de MST con dos tipos de actores o programas. Por una parte, las instituciones y programas educativos y por otro los de Sename, en su ámbito tanto de protección como sanción.

Considerando que uno de los objetivos finales del tratamiento es la escolarización o reinserción educativa, y son además uno de los derivadores de casos a nivel local, la vinculación con los establecimientos educacionales y con la red de programas en el área es fundamental. Sin embargo, en la consulta online a los ejecutores señalaron como obstáculo a la implementación de MST las barreras que enfrentan los profesionales al momento de intervenir los casos para lograr avances en términos educativos, particularmente nivelación escolar y re-escolarización de niños y jóvenes.

En los territorios, los equipos se encuentran con diversas dificultades para poder coordinarse adecuadamente con ellos y lograr los objetivos del programa, siendo la primera la disparidad de oferta disponible según la comuna. Por ejemplo, en una comuna como Puente Alto existe una considerable cantidad de programas o alternativas a las cuales los terapeutas pueden intentar incorporar a los casos atendidos, no así en una comuna rural y con menor cantidad de habitantes como Lampa, donde las alternativas son bastante más escasas.

> "*Igual hay harta oferta en la comuna, y varias que se pueden adecuar a los chiquillos de nosotros, es excepcional que no. Hay exámenes libres, hay casas de estudios, hay nivelación escolar, hay recuperación escolar, hay colegios de hartos tipos, entonces eso también implica que tenemos que buscar cuáles son los posibles"* (Supervisor MST)

En la práctica se observa que usualmente en el perfil de la población objetivo de MST existen problemas de rendimiento, asistencia y/o conducta en la escuela. Tanto

contrapartes como profesionales de los equipos clínicos señalaron enfrentarse a casos donde los jóvenes son excluidos y expulsados de los establecimientos educacionales a propósito de comportamientos conflictivos en los mismos.

> *"Entre los colegios está el sistema de que ya reconocen a los chicos, entonces ellos ya saben cuáles son los chicos conflictivos y se van dando el dato. Eso nosotros lo aprendimos a leer, y ellos también… sobre todos los profesores, que se conocen entre ellos, entonces sabían a quién darle ingreso, a quien no (…) y así hasta que el cabro chico quedaba fuera del sistema educativo"* (Contraparte municipal).

> *"Se supone que en un colegio público o fiscal, tú no puedes echarlo, no deberías o deberías reubicarlo, y ¿qué es lo que hacen?, lo calendarizan, no lo echan pero no lo dejan ir a clases y que venga a dar exámenes libres, entonces te empiezas a encontrar trabas de ese tipo (…) O también se llegan a acuerdos con la comunidad educativa pero no se respetan: por ejemplo, vamos a darle la oportunidad de aquí a fin de mes a esta niña para que no se arranque más del colegio. Y a la primera se arranca y dicen que no la pueden sostener más, que le van a buscar otro colegio"* (Terapeuta MST).

Los profesionales identifican que en aquellos casos en que el programa es considerado relevante por los líderes municipales y se alinea con la visión estratégica municipal, se facilita el acceso del equipo a las redes educativas locales. En este sentido, contar el apoyo de la contraparte y generar alianzas con quienes ejercen cargos directivos en las DAEM (Dirección Administrativa de Educación Municipal) o Corporaciones de Educación de las comunas, ha facilitado el alineamiento de los establecimientos con el objetivo del programa MST referido.

> *"Nosotros hemos tratado que nos apoyen en el sentido de poder generar cierta dirección a la Corporación Municipal de Educación, que genere ciertas indicaciones en relación de favorecer nuestro trabajo y que no nos expulsen a los chiquillos, por ejemplo. Necesitamos como un apoyo a nivel municipal para que las cosas se ejecuten de mejor manera"* (Supervisor MST).

Esto supone una disposición activa por parte de la contraparte y/u otros actores estratégicos de la red local, pues deben relevar el programa frente a otros profesionales o líderes locales, establecer alianzas, negociar o bien dar las directrices en caso de ocupar cargos de autoridad en la materia. De este modo, más que un soporte institucional sólido generado por la SPD mediante alianzas estratégicas con el Ministerio de Educación, por

ejemplo, el abordaje del problema recae en gran medida en la capacidad de los profesionales para generar alianzas a nivel local.

Dar a conocer cómo trabaja MST y el posible aporte del programa a la solución de los problemas del NNA en la escuela, ha supuesto un trabajo intensivo de los equipos. Es un facilitador para el trabajo con las escuelas el hecho que la intervención aborde problemas de esta índole, y busque generar estrategias en los cuidadores para facilitar la reinserción y permanencia del joven en el sistema escolar, en línea además con la protección de uno de los derechos fundamentales para la infancia y adolescencia.

> *"Para poder aminorar todas esas barreras, es que nosotros estamos súper presentes en las mesas psico-socioeducativas. Si los profesores están hasta "acá" y requieren una capacitación, hacemos capacitación (…) la idea es que ellos nos vean como colaboradores y que podemos ayudarnos, no como "Ay, un profesional más, que lata, una tarea más, algo más que trabajar". Que nos vean como que venimos a ayudar y no a darles más pega"* (Supervisor MST).

En cuanto a la relación con programas de Sename, una idea que se manejaba inicialmente era la potencial competencia por los casos en algunas comunas, dependiendo de la densidad de la red o cantidad de programas presentes en el territorio, respecto a la cantidad de casos en el Listado 24 Horas. Si bien éste no era el foco del estudio, al ser consultados los equipos por problemas de este tipo, éstos no fueron reportados por las comunas.

En el estudio cualitativo se señaló como frecuente que los equipos MST atiendan a casos que están vigentes en dichos programas, pese a la diferencia de métodos, cantidad de casos y sujeto de intervención entre los programas Sename y MST, información que se confirma en el análisis retrospectivo y prospectivo de la presente evaluación.

Los casos son evaluados y derivados a los programas disponibles en la comuna, ya sea por vulneración de derechos o infracción de ley. En este sentido, la oferta programática en prevención terciaria del delito se *encuentra* y entabla mecanismos de coordinación en el nivel comunal, que es donde integran la misma red y comparten sujetos de atención. Los acuerdos de colaboración se generan a este nivel, y están mediados –de manera positiva o negativa- por las relaciones interpersonales entre los profesionales de ambos programas. Si bien esto permite el funcionamiento del programa, se observa cierta debilidad en el establecimiento de protocolos de vinculación con el sistema de justicia juvenil a nivel central.

En dichas situaciones, los equipos señalaron trabajar de manera complementaria, coordinándose con los encargados de los respectivos programas, para establecer los ámbitos de acción o las áreas que abordará cada uno. Para lograr la coordinación con los programas de sanción, se señala la importancia de una buena disposición interpersonal, así como la factibilidad técnica de alinear los programas y sus objetivos de intervención. En ese sentido, según la información levantada en el marco del estudio, MST parece complementarse bien con los otros programas, aunque pueda haber algunos con los cuales resulte más sencillo que otros.

> *"Hay coordinación. En el caso de cómo vamos desarrollando el trabajo, hay reuniones, se acopla el plan de intervención; yo trato de buscar un acople al plan de intervención de ellos y generalmente coincide que los objetivos son los mismos "que deje de robar", "que deje que no sé qué". Finalmente, los objetivos son muy parecidos, sin embargo, el método es el que varía"* (Terapeuta MST).

> *"Sabemos todos que MST tiene una forma de trabajo distinta, que nos permite abrir espacios de intervención que ellos no pueden. Y desde ese lugar, se abre una posibilidad de complementariedad, porque ellos* [Sename], *aunque quisieran, aunque nos hemos encontrado con delegados súper comprometidos, no pueden hacer trabajo en terreno como lo hace el terapeuta MST, por la cantidad de casos que atiende. O sea, uno tiene 40 el otro tiene 6, no hay comparación alguna. Este si se puede dedicar, puede hacer un trabajo de seguimiento más concienzudo, más al detalle, trabajar con toda la familia, conocerlos a todos. En cambio, este otro con suerte puede hacer una visita domiciliar cortita, y ahí es donde yo creo los casos que hemos intencionado en un trabajo complementario. Sí ha resultado, porque MST le muestra elementos que ellos no ven en la oficina, versus que ellos también nos retroalimentan con la relación más cercana que pueden establecer con un chico, que a veces el terapeuta MST no lo logra, porque nuestro objeto como de compromiso es sistema familiar más que jóvenes en sí mismos, y el delegado es al revés. Entonces, yo si bien creo que nos ven al igual, a la par, sí tenemos claridad en este último tiempo de que ambos programas aportan elementos distintos"* (Supervisor MST).

En la Tabla Nº46 se presenta una sistematización de los programas que integran la oferta de la red local de las 5 comunas consideradas en el estudio de casos[95]. En términos de oferta disponible por comuna, destaca la escasez de programas existentes en Lampa respecto a las otras comunas. Si bien este aspecto es considerado problemático por algunos profesionales según la información recogida en la consulta online, la información

[95] Cabe señalar que la dificultad de acceso a la información sobre programas específicos puede implicar que esta revisión no contenga la totalidad de programas de las redes locales respectivas.

disponible no permite afirmar que la densidad de la red local repercuta de manera significativa en el funcionamiento del programa MST.

Tabla 46: Oferta programática disponible a nivel local, tipo y cantidad de programas.

	Oferta programática disponible a nivel local					
Comuna	**Sename/ Protección**	**Otros Programas de Protección**	**Sename/RPA**	**Senda**	**Programas Municipales**	**SPD**
Lampa	1 OPD	1 DEM		1 SENDA Previene	Casa de la Mujer / COSAM /Programa 24 Horas por instalarse (PPF, PIE, PDC)	Sin Oferta, salvo PAIF
Recoleta	1 OPD / 2 PPF / 1 PDE / 2 PIE / 1 PDC	2 FAE / 2 PRO / 1 PEC / 2 RPM	1 SBC / 1 PSA	1 SENDA Previene	Centro de la Mujer / Programa de la niñez (Dideco) / Prevención de Alcohol y Drogas (Dideco) / COSAM / Cesfam	Programa Juntos más Seguro / Plan Comunal
San Joaquín	1 OPD / 1 PPF / 2 PIE	1 PAD / 1 PER / 1 REM	1 MCA / 1 ASR / 1 PLA / 1 CIP / 1 CRC	1 SENDA Previene	Oficina de Infancia (Dideco) / Oficina de la Juventud (Dideco) / Cesfam / CECOF	Programa Juntos más Seguro / Plan Comunal
Puente Alto	1 OPD / 5 PPF / 1 PDE / 4 PIE/ 1 PDC	2 FAE / 1 PRO / 1 PEC / 1 REM / 1 RPM	1 MCA / 1 SBC / 1 PLA / 2 PLE / 3 PROMESI	1 SENDA Previene /PAI Amancay / PROMESI	Programa NNA / COSAM / CEIF	Programa Juntos más Seguro / Plan Comunal
Valparaíso	1 OPD / 1DAM / 4 FAE / 7 PPF / 2 PIE 24 HRS / 1 PDC / 1 PDE / 1 PIE TRAD	1 PRJ / 1 PAD/ 5 PER / 2 PRO / 1 PEE / 5 PRM / 3 REM / 1 RMA / 1 CTD	1 MCA / 1 SBC / 1 PSA / 1 ALA / 1 PLA / 1 PLE	1 SENDA Previene / PAI –IA Hospital del Salvador / PAI MP / 2 PAI ML	Oficina Comunal Infancia y Adolescencia / Cesfam	Plan Comunal

Fuente: elaboración propia.

La incorporación de consultores chilenos al programa ha facilitado en cierta medida el proceso de ajuste a la realidad local, especialmente en la "bajada" hacia el supervisor y los equipos. Dado su conocimiento del funcionamiento de la institucionalidad vigente en el país, de los actores y programas involucrados en el ámbito de justicia juvenil, así como de aquellos más directamente relacionados con la intervención, facilita la visualización de estrategias para sobrellevar las "barreras" a las que se enfrentan en los territorios.

Junto con ello, el modelo promueve la adaptabilidad de los equipos y la orientación a los resultados. El lema del programa "lo que sea necesario" (o *whatever it takes,* en inglés) es señalado por los equipos en varias ocasiones en tanto principio que les orienta a buscar y/o generar alternativas para sortear los obstáculos que se presentan en esta materia. La vinculación informal o a través de relaciones de cercanía con los profesionales que se desempeñan en otros programas suele ser una estrategia que rinde los frutos esperados, pues como se ha visto se cumplen los indicadores esperados.

5.2.3.8 Selección y desarrollo profesional

Como fue señalado anteriormente, los aspectos relativos al área Competencia fueron bastante bien evaluados por los ejecutores mediante su reporte en la consulta online sobre buenas prácticas de implementación. La información recogida a través de otras fuentes permite señalar que, junto con el escalamiento del programa, los ejes de reclutamiento y selección, entrenamiento y capacitación del equipo clínico se han desarrollado de manera satisfactoria.

El equipo del Departamento de Reinserción Social maneja el saber hacer que requiere la selección de profesionales para los equipos clínicos, proceso que en bastantes aspectos viene estructurado por MST (entrevistas, preguntas y descriptores a considerar durante el proceso). El perfil de profesionales MST está bien definido, las responsabilidades de cada actor que participa en la selección del equipo (a saber, equipo técnico de la SPD y municipio) están claramente establecidas por convenio y los términos laborales se aclaran a los postulantes durante esta etapa.

En cuanto al perfil, el modelo establece ciertos requerimientos de estudios de especialización con grado de magíster para terapeutas y supervisores, y para estos últimos se espera que además cuenten con capacitación en terapias conductuales, cognitivas conductuales y terapias familiares pragmáticas[96]. Sin embargo, la SPD decidió realizar ajustes al comienzo de la implementación del Programa, tanto para supervisores como terapeutas[97], y establecerlo como requisito "deseable".

[96] Cabe señalar que durante la ejecución del programa –específicamente entre el 1er y el 6to semestre de implementación- los equipos reportaron esto como problema en el instrumento formato revisión PIR. Para mayor detalle sobre estos datos, revisar Anexo Nº6.

[97] Esto fue corroborado al comparar algunos perfiles de cargo para terapeuta del periodo 2012/13 con el utilizado en 2015/16, en los cuales se señala "la deseable" acreditación por parte de la sociedad chilena de psicología clínica y/o postgrado o postítulo en psicología clínica (SPD, 2012; Empleos Públicos, 2016; Empleos Públicos, 2017).

Junto con la evaluación curricular de los postulantes, durante el proceso de selección son evaluadas las competencias o habilidades requeridas para el modelo a través de entrevistas y ejercicios de "*role playing*", todo ello con estándares definidos y estructurados por MST. A juicio del consultor MST entrevistado, algunas de las habilidades requeridas para el cargo de terapeuta son:

> *"Que haya formación o conocimiento de la terapia cognitivo-conductual, que es algo que usamos mucho. Que también haya habilidad y conocimientos de la terapia familiar. Se valora la capacidad de comprender elementos básicos del modelo porque todos los postulantes tienen que leer, ya sea un extracto del manual de MST, o el libro en el caso del supervisor. (…) También es importante cómo entienden el modelo, si logran pararse desde la fortaleza y no desde la crítica, si logran entender que antes de intervenir – que es la tendencia de todos los psicólogos que hemos trabajado en otros lugares, que pasamos al tiro a la intervención sin haber analizado mucho- tienen que haber analizado la dificultad, los factores, priorizar. Vamos viendo eso, cómo incorporan el modelo durante este período (…) Además, algo que se me pasa y que es central, es cómo se explican la delincuencia. Si lo explican linealmente, individualmente, entonces ahí vemos que no está esta comprensión de cómo que produce que un adolescente llega a delinquir" (Consultor MST).*

En términos formales, todos los equipos clínicos comunales son integrados por profesionales que cuentan con las competencias necesarias para hacer uso del modelo. Al año 2016, el 78,5% del total de terapeutas señaló contar con algún nivel de especialización (diplomado, postítulo, posgrado y/o doctorado vinculado al área de intervención clínica, familiar, sistémica, cognitivo-conductual u otros afines)[98].

Un elemento destacado por el equipo técnico es que en la selección de los profesionales del nivel municipal se han priorizado, desde un comienzo, las competencias por sobre aspectos de orden político, contrario a lo que entrevistados señalan ocurriría en otros programas. En el caso del nivel central, quienes llegan a ocupar cargo de consultor MST provienen del mismo programa (han trabajado como supervisores en las comunas, por ejemplo).

> *"En rigor, aquí no hay nadie colocado desde el punto de vista político porque se requiere profesionales del más alto estándar, de alto desempeño y de muy buen nivel, y eso también se deriva a las comunas. Nosotros hemos tenido alcaldes que*

[98] Esta información se obtuvo a través de una pregunta en el instrumento en base a Fixsen, Blase, Naoom, & Duda (2015) aplicado a los profesionales de MST. El porcentaje ha sido calculado sobre el total de 135 terapeutas encuestados.

nos han solicitado que pongamos profesionales que ellos nos recomiendan y lamentablemente tenemos que decirles que no porque no reúnen los principales requisitos para poder ser parte de este grupo" (Jefatura, SPD).

Por su parte, para el equipo técnico a cargo es un desafío el reclutamiento y selección de profesionales con el perfil requerido para comunas fuera de la región Metropolitana, lo que ha cobrado mayor relevancia en la medida que el programa ha escalado a nuevas comunas del país. Desde la perspectiva de los entrevistados, esto se debería a que:

"En la región Metropolitana los profesionales tienen más posibilidades de capacitarse, de trabajar en distintos contextos. En las regiones no hay tantas posibilidades, por ejemplo, de realizar un magíster, de realizar diplomados, es como una vez en el año, de un tema específico. Por lo tanto, cuando estamos haciendo o levantando concurso la cantidad de postulantes de la región Metropolitana que cumple con los requisitos es mayor a la cantidad de postulantes en regiones. Hemos tenido que partir, a veces, en vez de cuatro terapeutas con dos terapeutas y un supervisor y después vamos armando el equipo en el camino" (Consultor MST).

Por su parte, en las fuentes de información analizadas no se destacaron negativamente aspectos relativos a la provisión de información, instrucciones o desarrollo de habilidades en los terapeutas durante la etapa inicial del programa en las comunas. Considerando que MST tiene una serie de particularidades que lo diferencian de otros programas en el área, al comienzo de la etapa de reclutamiento y selección se enfatiza ello y se aclaran los términos laborales con el objetivo de alinear expectativas. Esto estaría bastante estructurado por el modelo y habrían sido ejecutado adecuadamente por la SPD.

Como señalaron los entrevistados, este énfasis ha estado presente durante la toda la implementación del programa.

[Con relación al comienzo de la ejecución] *"Sabíamos que la práctica de MST implicaba muchas cosas distintas que las que estaban acostumbrados a hacer, entonces adoptamos ciertos resguardos en el proceso de reclutamiento y selección. Antes de empezar el proceso hacíamos todo un análisis curricular para ver, de los candidatos que se interesaban en entrar a trabajar en el proyecto, quienes tenían los antecedentes curriculares mínimos, y luego a toda esa gente se les invitaba a una gran reunión informativa y les explicábamos "Usted está postulando a esto; 24/7; tiene que trabajar en casa; tiene que ir a los barrios; le vamos a pasar plata para movilización, pero nosotros no lo vamos a llevar ni lo vamos a sacar de ahí; implica un nivel de estructuración alto; usted no va a hacer, en la intervención con las familias, lo que a usted se le ocurra; va a tener un supervisor que le va a revisar cada*

caso, semana a semana, y un supervisor del supervisor que le va a revisar la pega semana a semana". Bueno, el tema del aseguramiento de la calidad, que las familias iban a ser encuestadas. (…) Toda esa información, con mucho énfasis en las prácticas que no son habituales en Chile, se la transparentamos a la gente antes y ahí mucha gente obviamente desistía "No, yo no quiero en realidad esto", y al revés, mucha gente se entusiasmaba "Yo sí quiero esto, quiero aprender", y ahí seguíamos con las etapas posteriores del proceso de reclutamiento y selección". (Profesional en cargo de jefatura SPD)

[Con relación al momento actual o último semestre de la ejecución] *"Las reglas están puestas desde un comienzo. Nosotros desde el día 1 que estamos entrevistando para la selección de las personas les decimos las características administrativas, les decimos como es el trabajo en la institución, cuáles son las condiciones y después se va reforzando desde el entrenamiento, desde la supervisión, etc.(…) En MST tú puedes levantar concursos para 8 cargos y llegan 90 currículum, entonces de esos 90 se te van cayendo porque no tienen la capacidad técnica o que no les gusta las condiciones de trabajo o por seguridad, por disponibilidad de tiempo. En este último proceso vino una candidata supervisora, yo le empecé a describir el cargo la noté un poco nerviosa con el tema del 24/7. Se lo describí bien descrito y no seguimos haciendo la entrevista, porque era claro que ya no iba a querer o no iba a poder no estaba dentro de sus expectativas*" (Profesional equipo técnico SPD).

Dentro del proceso de desarrollo profesional, un aspecto especialmente destacado por la positiva valoración que tienen los profesionales del equipo clínico dice relación con los procesos de supervisión y capacitación permanente que supone el modelo como parte del aseguramiento de la calidad. En el Estudio de Género realizado en 2016 al programa PAIF 24 Horas (SPD - ISONOMA, 2016), los equipos también señalaron este punto como acierto del programa.

Varios de ellos han trabajado en el área previamente, por tanto, les es posible comparar el modelo y la experiencia laboral en MST con otros programas de similares características. Respecto a éstos, los profesionales reconocen como un aspecto diferenciador el proceso de capacitación y entrenamiento en el modelo, supervisado y apoyado por profesionales de mayor experiencia y cargo (ya sea el supervisor del equipo y/o el consultor experto correspondiente) durante el tiempo en que los profesionales se desempeñan en el programa.

El modelo contempla distintas instancias, tales como las supervisiones y revisión semanal de casos, los denominados "*booster*" o capacitaciones de reforzamiento en temáticas

relevantes para el quehacer clínico cada aproximadamente 3 meses, además del material específico que fue traducido por la SPD al español durante el primer año de ejecución en Chile[99]. Estas instancias son percibidas como parte de un desarrollo profesional valorado positivamente por los equipos.

> *"Yo he crecido mucho como profesional en este programa. Las capacitaciones, el hecho de que siempre tienes una guía (…) este equipo es súper fuerte, súper colaborativo. Como decía bien* [mi compañero], *los "booster", las supervisiones, siempre hay un apoyo y si no lo sabe el equipo, vamos al experto, y si no lo sabe el experto… hay siempre un apoyo permanente. Uno crece como profesional, uno aprende un modelo, pero un modelo que nos fuimos dando cuenta que tiene un impacto. Yo lo vivo como que hay un impacto en la familia. Al principio me costaba bastante, pero después es una estructura cuadradita y te encaja perfecto y todo el tiempo vas aprendiendo más y te vas haciendo como un poco más experto y eso te hace hacer los informes más rápido, una mejor intervención para la familia, ser mucho más directivo, ir al hueso. Uno va aprendiendo eso y la familia va obteniendo más beneficio"* (Terapeuta MST).

Los equipos señalan que, si bien supone una carga significativa de trabajo, la estructuración del modelo es favorable para la calidad de la intervención con las familias. Junto al acompañamiento de los más expertos y la lógica de trabajo en equipo, es percibida como una forma de respaldar su trabajo del terapeuta.

> *"Hay mucho material de apoyo desde MST, mucho en inglés, otro en español, y eso también es un aporte para nosotros porque es facilitador del trabajo administrativo. También tenemos que hacer la ficha de egreso y la activación del caso en una página de internet de MST en inglés. Pero es bastante facilitador, los instrumentos, la parte administrativa es bastante amable. Yo diría que lo (…) que requiere mayor cantidad de horas son los informes semanales, pero aun así son muy facilitadores para la intervención porque es tu guía semanal de qué es lo que vas a ejecutar"* (Terapeuta MST).

Se destaca también el hecho que el modelo permite incorporar necesidades particulares de los profesionales y/o equipos a desarrollarse en el tiempo, específicamente a través de los "planes de desarrollo". Los encargados correspondientes –ya sea supervisores o consultores- deben ser facilitadores de los procesos de desarrollo de competencias en quienes están a su cargo, haciendo uso de estrategias que el mismo modelo detalla tales

[99] Cabe señalar que todo el material se encontraba originalmente en inglés, y no había sido traducido hasta ese momento pues MST Services nunca había implementado MST en un país hispanoparlante. Esta dificultad tuvo que ser resuelta durante los dos primeros semestres de ejecución en Chile.

como incorporar los aspectos a fortalecer en el tiempo en dichos planes y monitorear su cumplimiento, capacitar en temáticas específicas que requiera la intervención clínica, generar las instancias para facilitar el cumplimiento de los objetivos que el propio profesional establece para su desarrollo laboral, entre otras. Todo este proceso se encuentra enmarcado en la estructura misma del programa.

> *"El aseguramiento de la calidad no solo implica que vamos a tener a todo el mundo dentro de esta estructura – porque tenemos evidencia de que la estructura funciona- sino también decirle al terapeuta "tú nunca estás solo; tienes un equipo detrás, el equipo es del terapeuta, el supervisor, tu consultor, está la institución que te ampara"* (Consultor MST).

Otro elemento por destacar en este ámbito es la rotación de profesionales, asunto de gran relevancia para MST. Ya sea porque conlleva un aumento en la carga de trabajo para el equipo técnico de la SPD y para los equipos clínicos comunales, pues se deben activar una serie de procesos[100] para volver a contratar a alguien y contar con la cantidad óptima de profesionales establecida para esa comuna. Por el nivel de especialización que se requiere para ser ejecutado, el proceso de capacitación constante del cual participan, y el tiempo para para que maneje el modelo y alcance su capacidad óptima de atención de casos. O porque mientras es reemplazado, la carga de trabajo de los que integrantes que quedan en el equipo se ve afectada, pues el equipo se distribuye la carga del profesional que sale temporal o definitivamente, impidiéndoles abrir un nuevo caso mientras la situación no se regulariza.

Cualesquiera sean las razones, cuentan con un indicador específico en la plataforma MSTI para medir y monitorear los niveles de rotación o atrición de los equipos, a la vez que es definido como una de las practicas requeridas para la implementación del programa en el instrumento "formato de revisión" del PIR.

Con motivo de la realización de este estudio, el equipo técnico de la SPD puso a disposición información sobre la rotación de sus terapeutas durante los 7 semestres de implementación del programa en Chile con la información disponible a la fecha (2016). Tal

[100] Según Fixsen, Blase, Naoom, & Duda (2015) los programas tienen componentes iniciales de "reclutamiento y selección" y "entrenamiento y capacitación". Entre las actividades que esto requiere está el reclutamiento de profesionales con características particulares (alto nivel de especialización, dispuestos a trabajar en modalidad 24/7 bajo la figura contractual a honorarios, por señalar algunas), quienes participan de varias entrevistas con fuerte énfasis en lo técnico y que luego deben ser seleccionados en un proceso que supone la coordinación de al menos 3 actores (contraparte municipal, encargados de la SPD y supervisor MST). En un tercer momento son capacitados en el modelo, para luego incorporarse al equipo clínico comunal correspondiente.

como se presenta en la Tabla Nº47, durante este periodo ha rotado alrededor del 48% de terapeutas, dato que no es posible comparar con el nivel de rotación de otros programas similares pues no existen datos disponibles al respecto.

Tabla 47: Porcentaje de rotación de terapeutas MST, por motivo

Rotación de terapeutas por tipo	
Renuncia	**26%**
Despido	**8%**
Promoción	**11%**
Cambio	**3%**
Total Rotación	**48,1%**

La atrición o rotación en el equipo puede ser beneficiosa o problemática según sean las razones para la salida del profesional del programa. Si la salida de un profesional se debe al incumplimiento de las indicaciones clínicas del modelo (por ejemplo, que contenido de las sesiones se aleje del establecido por MST o no se realicen las visitas a la familia que se declaran), es posible entender que la salida de un profesional es "positiva" para el programa. Tal en el caso del porcentaje de "despido", que alcanza un 8%.

La evidencia confirma cierta tendencia del programa a conservar a los profesionales que han sido seleccionados, capacitados y entrenados, en tanto el 11% de los terapeutas que han salido de su cargo han sido promovidos o ascendidos al cargo de supervisores dentro del mismo programa, ya sea de su mismo equipo o de otro. A su vez, un 3% de quienes lo han hecho ha sido por haber solicitado ser trasladados del equipo de origen y aceptados por equipo MST de destino, el cual tenía una vacante disponible, motivados principalmente por razones familiares según información cualitativa recogida durante el estudio.

En cuanto a las renuncias, correspondientes al restante 26% y principal causal de rotación de terapeutas, la información disponible en la SPD señala que han renunciado por tener una oportunidad laboral distinta, baja motivación por ejecutar el modelo o interferencia del modelo con la vida personal.

El análisis del "formato de revisión" del PIR, entrega más información en esta materia. Desde una perspectiva dinámica, el porcentaje de comunas que ha identificado problemas en el indicador "atrición de más del 30% del equipo" se mantuvo en torno al 10% el primer y segundo semestre, para luego fluctuar entre 5% y 25% hasta el 6to semestre. Para el 7mo semestre ya no se registran problemas con el nivel de rotación establecido.

En aquellos casos en que los equipos describen la situación en dicho instrumento, se señalan como razones para la renuncia: el agotamiento profesional, la incompatibilidad con el requisito de dedicación exclusiva, quehacer laboral por inicio de estudios, y en una ocasión por haber obtenido una baja evaluación de desempeño.[101]

Aun cuando no existe evidencia concluyente respecto a lo que estaría generando las renuncias, producto que fue señalado someramente por los equipos comunales en las entrevistas grupales, es posible considerar que éstas podrían estar remitiendo a cierta incompatibilidad de los profesionales con características del modelo. Esto llevaría a considerar que la rotación en estos casos sería favorable a la buena implementación del programa.

5.3 Conclusiones y recomendaciones

Este componente del estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso de implementación del programa MST en Chile. En particular, se buscó determinar el nivel de implementación de buenas prácticas para EBP tenía el programa, cómo ha sido su desempeño del programa desde sus comienzos al 2016 y cuáles han sido los principales desafíos para la viabilidad de este.

Para estos efectos, se propuso una estrategia de evaluación que incorporó distintas metodologías y estrategias de recolección de datos, presentando una amplia cantidad de información recopilada de distintas fuentes. Esto implicó un acercamiento mixto donde se integraron datos de índole cuantitativa y cualitativa con un enfoque temporal que permitiera dar cuenta del proceso de implementación desde el inicio del programa en 2012, hasta la fecha del estudio en 2016.

Para ello, fue fundamental la disposición de la contraparte del estudio a proveer información relativa a los aspectos que requerían ser evaluados, así como la buena calidad de los datos disponibles en las bases de datos de MSTI y con las que cuenta el Departamento de Reinserción Social. Si bien existen aspectos a mejorar, en general existe un respaldo para cada una de las áreas estratégicas de gestión del programa MST. Esta facilitación permitió llevar a cabo una evaluación exhaustiva respecto a la implementación de la iniciativa.

[101] Como ocurre en otros ítems del instrumento, hay bastantes casos en los cuales no se especifica la razón para haber marcado la práctica como problemática.

Se levantaron también una gran cantidad de datos cualitativos a partir de entrevistas y *focus groups* realizados a informantes claves, siendo representados cargos/roles de los implementadores, así como los distintos niveles de la implementación. Sólo estuvo subrepresentado el nivel político municipal y los gestores del nivel central. No obstante, terapeutas, supervisores, contrapartes municipales, profesionales a nivel central de la SPD (gestores, consultores expertos, equipo técnico) participaron activamente.

Todo lo anterior, permitió que los hallazgos obtenidos presenten un amplio sustento y permitan adentrarse en "niveles profundos" del funcionamiento del programa obteniendo una imagen nítida y evolutiva de la implementación del programa.

El programa MST se desarrolla desde una institución pública como es la Subsecretaria de Prevención del Delito dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y forma parte del Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito, lo cual permite el acceso a presupuesto constante y a haber sido respaldada la continuidad y expansión de MST tras el cambio de administración.

El equipo técnico de la SPD a cargo ha adaptado de manera eficiente el funcionamiento del Departamento de Reinserción Social para lograr insertar el modelo en el sistema público chileno y ejecutar una iniciativa que, en cantidad de equipos operando versus el tiempo de implementación, no ha tenido precedentes en ningún otro país donde se haya implementado MST. A su vez, ha desarrollado un proceso de especialización técnica que ha permeado al programa PAIF 24 Horas en sus dos componentes, especialmente en cuanto a la lógica del control y mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos.

Ahora bien, durante el tiempo de ejecución del programa Terapia Multisistémica se ha avanzado favorablemente en el nivel de implementación respecto al nivel ideal establecido por MST –reflejado en el logro de los indicadores de fidelidad que se van monitoreando periódicamente dentro del mismo programa-. En otras palabras, el programa tiene un buen desempeño en sus indicadores de fidelidad, por tanto, es efectivo en el logro de sus objetivos de implementación.

En términos generales se advierte que el programa logra un buen desempeño en dimensiones centrales de implementación, estas son: carga de atención de casos, adherencia del terapeuta al modelo, adherencia del usuario al tratamiento y capacidad de monitoreo. En términos concretos, estas dimensiones dan cuenta de que la inserción en Chile de este programa cumple con los criterios de fidelidad definidos por el modelo para la implementación de MST. Este sin duda era uno de los primeros desafíos al momento de

insertar un programa externo a la realidad chilena: que a pesar de las diferencias contextuales de toda índole (socioculturales, socioeconómicas, idiomáticas, etc.), se lograse obtener los estándares definidos por el propio modelo.

El análisis de los indicadores permite afirmar que ha habido un proceso de aprendizaje de implementación tanto a nivel central como local, el cual incluye la ampliación de la cobertura del programa a nuevas comunas. Los indicadores muestran una evolución favorable en el tiempo y una menor variabilidad a medida que el programa se va desarrollando en la comuna. Se observa así una curva de desempeño que coincide con una curva de aprendizaje positiva respecto a cómo implementar MST, contando en Chile con un acompañamiento constante en las diversas etapas de la ejecución del programa por parte de los desarrolladores de la iniciativa. Esto permitiría homologar los desempeños de los diversos equipos en un periodo de tiempo que se evalúa como adecuado (entre los 30 y los 36 meses aproximadamente desde su implementación inicial).

Según lo analizado, lograr estos estándares implicó un "proceso de maduración" en el cual se generaron competencias a nivel clínico y el afianzamiento en el proceso de aseguramiento de la calidad del modelo. En el análisis de indicadores realizado, este proceso de maduración se aprecia a contar del 5to o 6to semestre, donde empieza a ocurrir una convergencia y estabilización de los desempeños de las diversas comunas que conforman el programa[102].

No obstante, se observa que, frente a procesos de alto crecimiento de la oferta programática en un periodo de tiempo breve, como ocurrió en el año 2014 donde se sumaron 14 nuevas comunas a PAIF por "compromiso presidencial", existió un impacto negativo en la capacidad de monitoreo de la adherencia de los terapeutas al modelo, lo cual afectó tanto a comunas antiguas como a comunas nuevas. Si bien, a nivel central se hicieron a mediano plazo las gestiones y correcciones pertinentes para subsanar dicha situación y mejorar esta medición, en términos generales, se advierte que la implementación de un programa como MST requiere de una buena planificación en términos prospectivos anteponiéndose a los riesgos y barreras que pueden surgir.

[102] Este hallazgo es observable también a partir la cantidad de problemas reportados por los equipos en el "formato de revisión" del PIR, en el cual la brecha entre el estándar ideal y la realidad local tiende a disminuir conforme avanzan los semestres de ejecución en las comunas, lo que supone un proceso de ajustes y aprendizaje sobre la implementación del programa.

Con relación a la evaluación de la implementación en base a los estándares de la ciencia de la implementación (Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, 2015), en el programa MST en Chile existe una alta sintonía con las mejores prácticas para programas basados en la evidencia. En términos generales, se observa un amplio porcentaje de encuestados que declara una implementación parcial o total de las buenas prácticas y un muy bajo porcentaje afirmando que no se han implementado en sus comunas.

Se logra percibir un nivel de implementación medianamente alto en promedio para todos los ejes de implementación consultados, aun cuando no es del todo perfecta y existen distintas percepciones respecto a su nivel de implementación dependiendo del nivel organizacional y ámbito de competencia propio de los profesionales consultados. En este sentido, los profesionales del nivel local perciben que se implementan buenas prácticas en mayor medida que los profesionales del nivel central, lo que puede deberse al nivel y volumen de información relativa a la implementación y sus problemas que manejan en su rol.

Adicionalmente, las prácticas obtienen una mejor evaluación por parte de los ejecutores son aquellas más bien directas, que no requieren la triangulación de información o un nivel de planificación complejo, así como ejes cuya estructura está mejor definida y monitoreada por el modelo. Por el contrario, aquellas buenas prácticas más complejas e intensivas en uso y procesamiento de la información se encuentran implementadas en menor medida.

En este sentido, el equipo ejecutor del nivel central tiene una gran responsabilidad en el desarrollo de estrategias que permitan abordar los ejes problemáticos para la viabilidad del programa, los cuales según indica el análisis realizado dicen relación con temas de gestión administrativa, condiciones laborales de los profesionales, coordinación con otros actores clave y monitoreo o rendición de cuentas.

Los retrasos o barreras para ejecutar el convenio, sumado al tipo de contrato que se entabla con los profesionales (honorarios), se traduce en presión sobre los equipos y en uso de tiempo significativo en buscar alternativas a las dificultades de la implementación que, en términos estrictos, no les competen. Esto compite en términos negativos con la calidad del programa y el alto nivel de especialización profesional que se logra implementando el modelo clínico MST. Si bien, no es factible en base a los datos recopilados establecer si estas circunstancias aumentan la rotación de cargos[103], sí se puede sostener que afectan la motivación y bienestar laboral.

[103] En términos de casos que informan renuncia.

En este sentido, la buena práctica de la Corporación Municipal de San Joaquín, que ha entablado un contrato de trabajo con los profesionales PAIF 24 Horas, se advierte como una experiencia única dentro del contexto de las 36 comunas que participan del programa. Se advierte como necesario establecer si esta modalidad es factible de operar en otras comunas que presente corporaciones municipales o establecerlo como una estándar esperable para futuras implementaciones en nuevos municipios si es que el programa siguiese expandiéndose.

En los hallazgos se advierten debilidades en el posicionamiento del programa en instancias interministeriales, donde existen actores claves que aún no están alineados con el programa. Ejemplos pertinentes sería Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Previsión Social y Ministerio de Salud, encargados de ofrecer oferta de atención en sus respectivas áreas y que son altamente relevantes para el logro de los objetivos de MST cuando se debe derivar o insertar a los NNA a estas redes. Del mismo modo, se identifican debilidades en el posicionamiento del programa respecto a otros actores del Circuito 24 Horas, aun estando bajo un mismo esquema programático.

Considerando que la inserción educativa de los NNA participantes del programa es uno de los objetivos instrumentales de MST, además de ser clave en el ejercicio de derechos de los jóvenes, se visualizan debilidades para su logro relacionadas con la oferta disponible y prácticas expulsoras de los NNA por parte de ciertos establecimientos educacionales. Además, es importante destacar la dificultad para establecer la efectividad de la inserción o adherencia al sistema escolar posterior al egreso de MST, pues el indicador de logro en escolarización es registrado al momento de egreso del programa y el seguimiento no contempla el análisis de los casos en las bases de datos administrativos de Mineduc.

En cuando al monitoreo, si bien es una fortaleza del programa la disponibilidad de datos existentes, persisten problemas de reporte del dato, debilidad en la difusión de la información hacia otros actores clave del nivel central y comunal, integración con datos de otros programas y/o instituciones y utilización para la toma de decisiones.

En los gobiernos locales particularmente, la información disponible en los informes del sistema de aseguramiento y control de calidad no se utiliza con fines externos al seguimiento del programa MST. Del mismo modo, la aplicación del cuestionario TAM-R y la disponibilidad de información respecto a la adherencia es relevante, lo es igualmente el uso y utilidad práctica que ésta tenga. En este sentido, más allá del indicador, no es claro el sentido que tiene a la hora de planificar la implementación en futuras comunas o bien evaluar lo realizado hasta la fecha.

La disponibilidad de datos relativos a los resultados obtenidos durante la intervención permite determinar su eficacia en el logro de los principales objetivos planteados (no reincidencia, permanencia en el hogar y escolarización o inserción laboral). Sin embargo, el programa no contempla el seguimiento de los casos y por tanto el monitoreo del mantenimiento de los logros de los NNA atendidos. Actualmente potenciales problemas de sostenibilidad de los resultados son detectados en la práctica misma de la red local, en la medida que el joven vuelve a ingresar al listado 24 Horas y a ser detectado por el EDT comunal, por señalar un ejemplo.

A partir de la integración de los distintos análisis realizados, y pese a las debilidades y dificultades observadas, es posible afirmar que la implementación de MST en Chile tiene un desempeño aceptable respecto al estándar de mejores prácticas para EBP, un buen desempeño en sus indicadores de fidelidad y que es viable en el contexto político-institucional y social chileno. Así, luego de 4 años de implementación se estaría en una fase "implementación completa" según la perspectiva de la ciencia de la implementación (NIRN (s/f); Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, (2015)).

Cuando se ha llegado a este punto en el desarrollo de un programa, los componentes se encuentran integrados y funcionando efectivamente en la organización para obtener los resultados deseados. En términos ideales, el equipo a cargo cuenta con todas las habilidades para brindar soporte al programa y facilitar las adaptaciones, las derivaciones se realizan acorde a los criterios de inclusión/exclusión, los terapeutas manejan las habilidades y competencias para realizar la intervención, la comunidad se ha adaptado a la presencia del programa y se ha llegado a un punto en que se están haciendo ajustes para la mejora y mantenimiento de este.

En este contexto, los líderes del programa y los equipos deben permanecer atentos a los cambios de la ecología que lo alberga, incluyendo aspectos de carácter político tales como cambios del soporte político-administrativo a nivel central y local, mermas en el financiamiento, necesidad de escalamiento del programa a nuevas comunas, migración de actores clave a otros programas u organismos públicos o privados, entre otros.

Por último, los hallazgos no muestran evidencia contundente de que el contexto municipal sea una barrera insoslayable para la implementación del programa, pero sí para sostener que es requerido el mejoramiento de las redes de soporte municipal de MST y ajustes en el modo como se instala el modelo MST en el contexto local. En este sentido, cuando la capacitación en el modelo incluye a las contrapartes, favoreciendo por tanto su mejor comprensión de este, se podría estar facilitando el logro de alineación y apoyo local en las

respectivas comunas. Ahora bien, dado que esta propuesta excede a los estándares del modelo, sería pertinente considerar el análisis de este tópico con fin de establecer el costo/beneficio de iniciar este tipo de prácticas en la implementación en Chile.

De acuerdo con los puntos anteriormente señalados, se plantean las siguientes recomendaciones.

1. **Se sugiere desarrollar un sistema abreviado y ajustado al nivel de competencias para capacitar a las contrapartes municipales o directivos locales que tienen injerencia administrativa directa sobre el equipo MST Local.** Esta instancia versaría sobre el modelo de Terapia Multisistémica enfatizando las características propias y distintivas del modelo con énfasis en la diferenciación de otro tipo de intervenciones de índole psicosocial. Se sugiere una instancia formal de capacitación de índole semestral (o de acuerdo a necesidad) en la cual se integren todas las contrapartes o actores municipales claves. El fin de esta actividad es lograr que se comprenda el funcionamiento del modelo y alinear a los liderazgos locales para soslayar las barreras administrativas y de gestión que surgen periódicamente en los municipios.

2. **Se sugiere dentro del ámbito organizacional y a nivel central en el Departamento de Reinserción Social la creación de una línea/área de trabajo que promocione y posiciones a MST dentro de las redes a nivel central (ministerios, servicios) y a nivel local respecto a la oferta de atención de salud, educación, social, tribunales, policías, etc.** Si bien se el trabajo de redes se ha instaurado como una práctica tanto de los profesionales del nivel central como de los equipos clínicos desde el inicio del programa, no se advierte una línea de trabajo constante con objetivos claros, observándose más bien estrategias poco planificadas frente a situaciones más o menos críticas. El objetivo de esta sugerencia implica generar "un posicionamiento de marca" de MST en todas las instancias que se advierten significativas con fines de alinear, generar incentivos y promover un trabajo mancomunado para el logro de objetivos comunes.

3. **Se sugiere definir cuál es el rol del monitoreo del programa tras el egreso de MST.** El reingreso al listado PSI 24 Horas es un indicador de que se mantienen situaciones de riesgo en las familias y en los NNA, y puede derivar en un reingreso a MST. No obstante, no todos los jóvenes son detectados aun cuando se mantengan los factores de riesgo; asimismo, la inserción escolar y el mantenimiento del joven en el hogar no son factibles de medir certeramente en

instancias posteriores. Por esta razón, se sugiere la problematización de la necesidad del monitoreo post egreso de los casos, ya sea por reingreso al listado 24 horas o por gestiones de los equipos EDT para establecer si se está cumpliendo con el plan de sustentabilidad formulado al egreso del programa.

4. **Se sugiere reforzar la gestión de la información respecto al programa PAIF.** Se denotan mejoras que tienden hacia modernización y automatización de los soportes informáticos como es el SEG 24 Horas, no obstante, se identifica en la actualidad ausencia de un soporte común entre los datos de la plataforma de MSTI y el sistema interno SEG 24 Horas. Esto también se relaciona con la falta de integración con otras bases de datos que son centrales para el objetivo del programa como es el listado PSI 24 Horas y las vigencias en programas de la red Sename. Por esta razón, es requerido también generar una línea de trabajo constante de gestión de datos y seguimiento integrado de indicadores del programa PAIF.

5. **Se sugiere la adquisición de un sistema de planificación prospectiva que implique utilizar una mirada a mediano y largo plazo en bases a escenarios plausibles**. El programa comenzó como un desafío dentro del contexto chileno en 8 comunas el año 2012 y, luego de 5 años está en 36. Es esperable que tal nivel de escalamiento del programa no fuera previsto en tan corto tiempo, fenómeno que como se avizoró anteriormente tuvo algunas implicancias en la merma del desempeño de algunos indicadores claves del modelo MST. Por esta razón, un enfoque prospectivo se advierte como altamente atingente para anteponerse a los desafíos y cambios futuros con fines de consolidar y mantener el buen estándar logrado hasta la actualidad.

6. **Finalmente, se sugiere un estudio que analice la validez y confiabilidad del instrumento TAM-R que se aplica en Chile.** Esta herramienta es de alta relevancia en el monitoreo de los indicadores de fidelidad del modelo y alimenta mucho de los datos requeridos para el sistema de aseguramiento de la calidad de MST, esto se plantea a raíz de que existen indicios de que la comprensión de este por parte de las familias participantes presentaría problemas para valorar las respuestas a los ítems. En este sentido, realizar un estudio y posterior validación a la realidad chilena permitiría ajustar de manera más fina los desempeños de los equipos y considerar de mejor manera al usuario y la satisfacción que este manifiesta respecto a los servicios prestados.

6 Estudio Prospectivo

6.1 Diseño metodológico

El estudio de seguimiento tuvo como objetivo inicial medir los resultados obtenidos en tres grandes áreas que contempla el modelo de Terapia Multisistémica: (1) permanencia en el hogar (2), inserción laboral/escolar y (3) comisión de nuevos delitos. A esto se sumó, la evaluación y seguimiento de los cambios observados posterior al egreso de las familias de Terapia Multisistémica en variables asociadas a riesgos y recursos de adaptación social del adolescente y cuidadores, niveles de enganche y gravedad delictiva y consumo problemático de alcohol y drogas; así como otras variables asociadas al funcionamiento psicológico de adolescentes y la relación de éstas con los procesos de desadaptación social.

Para esto se Implementó un seguimiento de los casos egresados en 4 momentos temporales:

Tiempo 1 (T1): Mediciones de egreso efectuadas a las familias y a los NNA de casos egresados entre abril y agosto de 2016 y que cumplieron con los requisitos de inclusión a la muestra.

Tiempo 2 (T2): Medición a los 3 meses desde el egreso a las familias participantes del estudio. Se inició a contar de julio y finalizó en noviembre de 2016.

Tiempo 3 (T3): Medición a los 6 meses. Comenzó en octubre de 2016 y finalizó en febrero de 2017.

Tiempo 4 (T4): Medición a los 12 meses desde el egreso (T1). Se inició en abril y finalizó en agosto de 2017.

El esquema proyectado para la toma de datos en los 4 tiempos de evaluación es la que se señala en la tabla siguiente:

Tabla 48: **Toma de datos T1-T4**

Tiempos	abr -16	may -16	jun -16	jul-16	ago -16	sep -16	oct -16	nov -16	dic-16	ene -17	feb -17	mar -17	abr -17	may -17	jun -17	jul-17	ago -17
T1	T1																

T2				T2													
T3							T3										
T4													T4				
Meses Ejecución	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla, se consideró un plazo de 5 meses promedio por cada una de las etapas de medición, las cuales se solaparon temporalmente. La amplitud del tiempo de medición se fundamentó en el interés por incluir al estudio la mayor cantidad de familias egresadas, esto a su vez, también permitió superar las dificultades asociadas a la concreción de entrevistas tanto con cuidadores como con los adolescentes, dado frecuentes postergaciones de entrevistas o la realización de entrevistas incompletas que implicaron múltiples visitas domiciliarias. La finalización de la recopilación de datos fue el 31 de agosto de 2017 con las últimas entrevistas en el tiempo 4.

6.1.1 Instrumentos para la recolección de información

El estudio prospectivo utilizó cuatro instrumentos del Protocolo MMIDA® (Alarcón et al. 2014), estos son: FER-R 3.0, inventario de juicio profesional estructurado para el registro de factores de riesgo y protectores asociados al comportamiento del joven, incluyendo recursos a nivel familiar; EDA, formulario de entrevista guiada que permite el registro por auto informe de la historia de transgresiones de los adolescentes; EGED, inventario de juicio profesional estructurado para la determinación de gravedad del enganche delictivo; y DEP-ADO, formulario de entrevista guiada que permite detectar el nivel de consumo de alcohol y drogas. Adicionalmente se usó MACI, inventario clínico para adolescentes de Millon (Millon y Davis, 1993) cuestionario que indaga por auto-reporte cómo las variables personales (características de personalidad) inciden en el comportamiento observado.

Por último, se usó ASSET, inventario de juicio profesional estructurado de origen inglés y que forma parte del diseño del PAIF 24 horas siendo aplicado por los equipos de detección temprana (EDT), en tres momentos, para derivar al programa (pre) para evaluar sus resultados al término de la intervención (post) y para observar la evolución al cabo de un año (seguimiento). Debe considerarse sin embargo que esta herramienta fue traducida y adaptada en su lenguaje para ser utilizada en el marco de la puesta en marcha de MST en 2012, pero hasta la fecha no cuenta con estudios psicométricos ni de estandarización nacional.

Se eligieron estos instrumentos y esquema de evaluación debido a que para la realización de este seguimiento no se contó con una medición previa de la dinámica familiar, existiendo solamente una evaluación de riesgo socio delictual realizada mediante el instrumento ASSET que entrega algunos indicadores respecto a riesgos con relación a pares y familia, los cuales fueron integrados a la evaluación como insumos complementarios. Debido a estas limitaciones, no es factible evaluar cambios en las dinámicas familiares previos, durante y posterior al egreso de Terapia Multisistémica ni la eficacia o la implementación clínica del modelo MST. El objetivo del estudio de seguimiento, como parte de la evaluación de impacto global de MST, consistió en focalizarse en los resultados últimos obtenidos hasta 12 meses posteriores al egreso de Terapia Multisistémica.

En este sentido, las evaluaciones presentaron mediciones de proceso y mediciones multidimensionales. Las primeras recogieron varias mediciones de seguimiento e indicadores de comportamiento que fueron medidos a través de un periodo delimitado de evaluación. Por su parte, la multidimensionalidad implicó la observación de diferentes áreas del desarrollo adolescente como son variables asociadas a características personales y variables de interacción, tales como, la familia, la escuela y los amigos, entre otros (Alarcón, Pérez-Luco, Wenger, Chesta, Lagos, Salvo, Báez & Carolina Berríos, 2014)

Incluir estas mediciones multidimensionales implicó no solo englobar al grupo familiar nuclear o extenso sino también actores claves –terceros informantes – que aportaron desde una postura de mayor objetividad respecto a ámbitos como relaciones de familias, pares, inserción escolar y/o laboral para triangular información y detectar información ajena a los contextos de la familia nuclear o al sistema relacional de cuidadores que participaron de la intervención.

El esquema de evaluación se estructuró en cuatro momentos asociados a la aplicación de la Guía FER-R “Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos de Desadaptación Social Adolescente” (Alarcón, 2015), a esta, se suman en la primera y en la última medición la Guía EDA “Escala de Delincuencia Auto revelada” (Pérez-Luco, Lagos, Chesta y Báez, 2013), la Guía EGED “Escala de Gravedad del Enganche Delictivo” (Wenger, Pérez-Luco, Chesta y Lagos, 2013) y la Guía DEP-ADO “Guía para la Detección del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas en Adolescentes” (Chesta, Wenger, Pérez-Luco, Reyes, Schman y Mella, 2015).

La FER-R es un instrumento de juicio profesional estructurado desarrollado y validado en Chile. Consta de 60 ítems y permite el registro de dos áreas: a) riesgo criminogénico, a

partir de la valoración de riesgos estáticos y dinámicos; y b) factores protectores. En los riesgos estáticos se evalúa historia en conductas de desadaptación social, derivación a programas de protección/intervención e impacto de las intervenciones previas; en riesgos dinámicos se evalúa educación, relación con pares, familia, drogas y actitudes o tendencias negativas. En los factores protectores se evalúa recursos personales y familiares e intereses.

La EGED es una escala tipo lista de chequeo que se completa mediante juicio profesional estructurado, constando de 12 ítems a observar en la historia de vida de el/la joven. Éstos apuntan a evaluar conductas desadaptativas asociadas a trasgresión de ley (precocidad en el inicio de conductas delictivas, presencia de delitos contra las personas, entre otras), y características específicas asociadas a la misma (como motivación utilitaria o estado de intoxicación al momento de cometer delitos). Como fortaleza, la EGED permite evaluar las principales variables asociadas a conductas delictivas persistentes presentes en el/la joven.

La EDA es una escala de registro de la historia de delitos, judicializados o no, reportados por el o la adolescente, en la cual se registran tanto los delitos oficiales (registrados en el sistema, judicializados) como los no oficiales (delitos no registrados, autorreportados por el joven). Contiene 66 ítems de consulta sobre diferentes tipos de delitos, organizados en tres secciones: (a) Hurtos y robos; (b) Agresiones y abusos; y (c) Otros delitos (que incluyen leyes de alcohol y drogas). Cada sección consulta en siete rangos de edad (antes de los 8 años, 8-9, 10-12, 13-14, 15- 16, 17-18, 19 o más).

El DEP ADO refiere a una guía de detección del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes identificando tipo de consumo, variedad de substancias y las problemáticas asociadas a este. No entrega “un diagnóstico en profundidad” como tal, con relación a las características de la ingesta, sino es un tamizaje que informa del nivel de la problemática en la lógica de “semáforo”; verde es ausencia de problemática en el consumo, amarrillo consumo de drogas y/o alcohol que requiere de intervención de baja intensidad y rojo que implica un consumo problemático de drogas y/o alcohol y, por ende, asistencia especializada para su tratamiento.

Por último, el inventario clínico para evaluación de adolescentes (MACI) está orientado evaluar el funcionamiento psicológico de adolescentes a través de tres grandes dominios presentes en el desarrollo y resolución de los desafíos de la adolescencia. Estos incluyen la estructuración de una personalidad con características propias, la reacción frente a

situaciones conflictivas propias del período y la posible presencia de cuadros psicopatológicos de alta prevalencia en la adolescencia.

Además de los instrumentos MMIDA, se utilizó ASSET, herramienta de evaluación estructurada utilizada por los Youth Offending Teams (Yots) en Inglaterra y Gales para evaluar a infractores de ley que toman contacto con el sistema de justicia criminal. Identifica múltiples factores o circunstancias – desde falta de educación a problemas de salud mental – que contribuyen al inicio y mantención de la conducta infractora. La información reunida en el ASSET puede ser utilizada como reporte a los tribunales y para diseños de planes de intervención apropiado para el NNA. Además, evaluará las necesidades o dificultades particulares del mismo, lo cual también puede ser considerado en el diseño de la intervención ayudando a medir cambios en las necesidades del NNA y el riesgo de cometer nuevas infracciones a futuro.

Este instrumento contempla 12 secciones: condiciones del hogar, relaciones familiares y personales, Educación, capacitación y empleo, contexto comunitario, estilo de vida, uso de sustancias, salud física, salud mental y emocional, percepción de sí mismo y de otros, pensamiento y comportamiento, actitudes hacia la comisión de delitos y motivación al cambio. (Subsecretaria de Prevención del Delito, 2012)

6.1.2 Definición de conceptos y variables (factores) a medir

El instrumento FER-R mide en términos globales los “Riesgos y Recursos de Adaptación Social”, como contexto teórico para la interpretación de sus hallazgos se considera el constructo de “desadaptación social adolescente”, el cual es definido como un proceso a través del cual los adolescentes transgreden las reglas de su cultura o sociedad, realizan acciones que violan los derechos de los demás y/o realizan conductas delictivas. Este proceso puede ser transitorio o persistente en el tiempo, en este último caso con una mayor presencia de factores de riesgo criminogénicos (Alarcón, 2001; Alarcón et al., 2009; Pérez-Luco et al., 2013).

En este sentido, la guía FER-R se fundamenta en la evidencia empírica de aquellos factores de riesgo que se ha demostrado que aumentan la probabilidad que el joven siga delinquiendo. Específicamente, se pueden reconocer factores que propician la persistencia en el actuar delictivo (Andrews, Bonta y Wormith, 2006; Frechette y Le Blanc, 1998) y aquellos que intervienen en procesos de desistimiento y, por tanto, actúan como recursos protectores (Alarcón, 2001; Alarcón et al., 2009; Pérez-Luco et al., 2013).

La evaluación mediante FER-R, integra lo que la investigación ha demostrado mediante metaanálisis y los estudios predictivos en otros países (Andrews et al, 1990; Andrews, Bonta y Wormith, 2006, 2011) en relación "a los 4 grandes factores" de mayor peso predictivo para la reincidencia en delincuencia juvenil: la historia de conducta antisocial previa, los patrones de personalidad que favorecen los comportamientos antisociales, las cogniciones y creencias que sostienen y avalan el actuar antisocial y los pares con compromisos delictivos (Andrews y Bonta, 2006).

En Chile los estudios que han evaluado los factores de riesgos en adolescentes dan cuenta, de la importancia de estos "cuatro grandes", no obstante, también presentan una alta relevancia, factores como el desenganche escolar, baja supervisión parental y alto consumo de drogas y alcohol. Por esta razón, estas variables han sido incluidas a los instrumentos de medición utilizados en el seguimiento de este estudio.

Considerando estos conceptos previos se procede a definir los principales factores y recursos que se evaluaran en el seguimiento prospectivo, estos se basan en los aspectos que son considerados al momento de evaluar cada una de las áreas de riesgo o recursos. Entre estos se encuentran:

6.1.2.1 Riesgos escolares (Guía FER-R)

Este factor pondera situaciones como deserción escolar por más de 1 año, ausentismo y deserción del sistema escolar, no comportamiento perturbador en recreos o patios, malas relaciones con compañeros de curso, agresiones, riñas o peleas en la escuela (más de 3) y comportamiento perturbador en sala de clases y no realización de ningún trabajo remunerado en caso de deserción.

6.1.2.2 Relación con pares (Guía FER-R:

Pondera factores relativos a las vinculaciones con amigos del sector donde vive el entrevistado, por ejemplo, si estos asisten o no al sistema escolar, si tiene amigos que presentan problemas con carabineros y han sido detenidos, si actualmente no pertenece y no le motiva integrarse a un grupo organizado en su barrio o comunidad (prosocial), si entre sus amigos no hay jóvenes trabajando o estudiando satisfactoriamente y si los amigos y el adolescente consumen juntos OH y/o drogas.

6.1.2.3 Relaciones familiares (Guía FER-R)

En esta área se evalúan elementos relativos a si la familia se muestra o no vinculada afectivamente al joven, relación conflictiva con uno de los padres, si existe supervisión por parte de estos, comportamiento perturbador en la familia por parte del joven, variables asociadas al nivel de organización familiar y la presencia de roles parentales y la clasificación de estos.

Por último, se evalúan aspectos relativos a si los adultos o uno de los padres no trabajan o están cesantes por más de un año, si la familia o algún miembro presenta abuso de alcohol, si existe violencia intrafamiliar severa, abuso de drogas y alcohol en más de un miembro de la familia y si el NNA ha sido víctima de maltrato físico en el seno familiar.

6.1.2.4 Consumo de Drogas (Guía FER-R, DEP-ADO, escala drogas ASSET)

El factor de consumo de drogas identifica las problemáticas asociadas al uso de drogas y/o alcohol, entre esto se evalúa si hay abuso de alguna droga, abuso alcohol, consumo de solventes, volátiles o pasta base. Asimismo, si existe una conducta adictiva dependiente de drogas o alcohol de forma individual o en grupo y en este caso si dicho consumo de drogas afecta negativamente su comportamiento y funcionamiento en general y si a su vez presenta conductas delictivas asociadas a la ingesta de droga.

La medición de esta variable en los instrumentos utilizados permitiría clasificar el consumo en tres niveles de acuerdo con la complejidad y necesidad de apoyo profesionales especializados del mismo. En términos concretos, permitiría “semaforizar” la ingesta en “nivel rojo” implica problema grave y requiere intervención especializada, “nivel amarillo” plantea que existen problemas que requieren una intervención de baja intensidad y “nivel verde” donde no se advierten problemas y por ende no requiere intervención.

Asimismo, también se cuenta como medidas anexa la escala de drogas del instrumento ASSET que evalúa el tipo de ingesta de drogas/OH y la relación de esta con la conducta delictiva del joven.

6.1.2.5 Actitudes o tendencias manifiestas (Guía FER-R)

Alude a comportamientos orientados a la búsqueda/ausencia de ayuda, incapacidad para aceptar que lo que desea salga mal, baja tolerancia a la frustración, actitud agresiva, ya

sea verbal o física, rabia constante, indiferencia y escasa sensibilidad a problemas de otros.

Por otra parte, en sentido opuesto a los factores de riesgos, los recursos evaluados en esta investigación aluden a los de índole personal y familiar e intereses/motivaciones prosociales que presenta el adolescente.

6.1.2.6 Recursos protectores personales y familiares (Guía FER-R)

Los recursos protectores identificados refieren a: buena capacidad cognitiva para comprender y pensar sobre sí mismo y su realidad, presencia de habilidades sociales con sus pares, habilidades sociales para comunicarse con adultos, actitudes de colaboración o petición de ayuda cuando lo necesita y si acepta la ayuda que se le ofrece. Además, aspectos relativos a valoración positiva de sí mismo, actitud positiva, optimismo ante el futuro y si posee "sueños" o metas que le gustaría realizar en el futuro.

Asimismo, se evalúa las redes sociales de apoyo estableciéndose si familiares, amigos o pares se preocupan por él o ella y si existen vínculos afectivos con estos. Por último, se pondera si muestra estrategias o conductas concretas dirigidas a resolver los problemas que enfrenta, y si posee vínculos significativos con otro adulto que actúa como guía o apoyo (puede ser parte del sistema asistencial).

6.1.2.7 Intereses del joven (Guía FER-R)

Evalúa el interés en capacitarse en un oficio u otra actividad o en su defecto si posee motivación concreta por alcanzar una meta o manifestación de un proyecto claro de vida a futuro. Asimismo, se pondera si existe preocupación o motivación por alcanzar un sueño o meta respecto a lo académico/laboral, y, por último, si manifiesta interés particular en su vida futura en lo personal o familiar.

6.1.2.8 Enganche Delictivo (Guía EGED)

Refiere a una medida general del grado de compromiso delictivo del adolescente o adhesión a un estilo de vida delictivo, se diferencia entre trayectorias delictivas de delincuencia transitoria –que se inician en la adolescencia y son de baja gravedad, ocasionalmente asociado a motivaciones transitorias o de sobrevivencia- de trayectorias persistentes que se caracterizan por actos delictivos de inicio temprano antes de la adolescencia que persisten en el tiempo y aumentan en gravedad y volumen. Esta última

se considera como delincuencia persistente o distintiva y favorece en los jóvenes la adopción de una identidad delictiva si estos no son ayudados para iniciar un proceso de desistimiento.

En este sentido, como plantea la evidencia, estas trayectorias de vida que concentran mayores factores de riesgos criminogénicos a nivel personal y social donde los adolescentes tienden a desarrollar trayectorias delictivas persistentes primando un mayor riesgo de reincidencia en nuevos comportamientos antisociales (Frechette y Le Blanc, 1998; Lay et al., 2005; Piquero, Farrington, Nagin y Moffitt, 2010).

6.1.3 Bases de Datos Utilizadas

Con fines de fortalecer el análisis del seguimiento de cohorte y complementar a la evaluación con los instrumentos MMIDA, se solicitó la colaboración de múltiples instituciones públicas del país, entre estas: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio Publico y Carabineros de Chile.

De toda la información solicitada se contó para el análisis con datos provenientes de SENAINFO facilitados por el Servicio Nacional de Menores, base que integró el historial de ingresos a los distintos programas tanto del área de protección de derechos como de justicia juvenil de la muestra analizada, base de datos del Programa de Seguridad Integrada (PSI 24 Horas) de Carabineros de Chile más la bases de la Subsecretaría de Prevención del Delito (registros del Programa PAIF con fines de análisis y seguimiento de la muestra del estudio y evaluaciones de instrumentos ASSET).

Las bases solicitadas a las otras instituciones colaboradoras, a pesar de ser facilitadas por estas, no pudieron ser integradas al estudio prospectivo debido a dificultades de plazos para su inclusión para su procesamiento y análisis.

6.1.4 Especialización y Rol del(a) Investigador(a)

El trabajo de campo fue realizado por investigadores capacitados para la aplicación de los instrumentos del Protocolo MMIDA y del instrumento MACI. Estos fueron inducidos mediante un curso de 32 horas en la Evaluación de reincidencia delictiva desde el protocolo MMIDA, el cual contó con criterios académicos de asistencia y desempeño y fue acreditado por la Universidad de la Frontera y Fundación Paz Ciudadana.

Respecto al rol de los investigadores de campo, este comprendió dos dimensiones. La primera apuntó a ser el principal nexo entre las familias y los diversos equipos que conformaron la investigación, lo cual implicó generar todas las condiciones para que las personas participantes mantuviesen una actitud de colaboración y motivación a lo largo de las cuatro mediciones que el estudio prospectivo contempló. Esto implicó el seguimiento de las familias a través de métodos no interventivos entre cada medición, manteniendo la motivación hacia el estudio y la entrega de incentivos no monetarios para promover la adherencia.[104]

La otra dimensión de índole técnica refirió a la generación de las condiciones adecuadas (setting) para realización de las evaluaciones que permitieran obtener los datos de manera ajustada a los protocolos de la investigación y a los requerimientos de cada instrumento utilizado.

6.1.5 Muestra de Seguimiento de Casos

La muestra correspondió a 178 de los 401 casos egresados de tratamiento entre abril a agosto de 2016 en 26 comunas del país donde se implementa MST. Estas se distribuyen geográficamente en Región Metropolitana (20 comunas), Región del Libertador Bernardo O'Higgins (1 comuna), Región de Valparaíso (2 Comunas), Región del Biobío (1 Comuna), Región de la Araucanía (1 Comuna) y Región de Los Lagos (1 Comuna).

En términos específicos, las familias que participaron del estudio presentaron las siguientes condiciones de inclusión a la muestra:

- Consentimiento voluntario (cuidadores y NNA o sólo cuidadores[105])
- Asequibles en términos geográficos, esto implicó que siguieran viviendo en los hogares donde fueron intervenidos por el programa MST o en localidades aledañas a las comunas que conformaron la muestra. Se excluyeron casos que se reubicaron en otras regiones del país no consideradas en la muestra.

[104] En aquellos casos que fue considerado pertinente, y por tanto no en todas las entrevistas realizadas, se ha utilizado como incentivo a los NNA que participen de la entrevista una *gift card* de multitienda equivalente a $10.000 pesos.

[105] Con el objetivo de mantener la mayor cantidad de muestra en seguimiento en el estudio, se optó por incluir tanto a aquellos casos donde se contaba con el consentimiento del adulto responsable y el NNA, como aquellos donde los NNA no consintieron participar del estudio pero sus cuidadores sí lo hicieron. Esto dio lugar a la conformación de 2 tipos de grupo de seguimiento.

Asimismo, familias que presentaron egresos correspondientes a las tres primeras causales que contempla el modelo MST:

1. Causal 1 (Término del Proceso de Intervención): El joven es egresado por mutuo acuerdo entre el cuidador y el equipo MST porque existe evidencia en el cumplimiento de los objetivos de tratamiento, o porque el tratamiento ha llegado a un punto de rendimientos decrecientes con respecto al tiempo adicional invertido y es poco probable que se generen mayores avances en los objetivos.

2. Causal 2 (Falta de compromiso): La decisión de egresar el caso es porque el equipo MST no fue capaz de comprometer a la familia con el tratamiento independiente de las acciones que el terapeuta haya desplegado para lograr compromiso y alianza con la familia.

3. Causal 3 (Reubicado fuera del hogar): Alude a cuando el NNA es transferido a un contexto restrictivo (centros de detención, residencias), por un evento o delito que ocurre durante el tratamiento MST.

Quedaron excluidos de la medición del estudio, los NNA que se clasificaron en alguno de los siguientes criterios de término anticipado del tratamiento y que no son atribuibles a la intervención.

4. Causal 4 (Reubicado por evento antes de MST): cuando el NNA es transferido a un contexto restrictivo (centros de detención, residencias), por un evento o delito ocurrido antes del comienzo de la intervención de MST.

5. Causal 5 (Retiro administrativo del programa MST): cuando el caso se cierra por temas administrativos, los cuales no tienen relación con el progreso del caso.

6. Causal 6 (Retiro administrativo por falta de financiamiento): cuando el caso se cierra por falta de presupuesto y no es posible la ejecución del programa, factores que no tienen relación con el progreso del caso.

7. Causal 7 (Re-locación): cuando la familia se cambia de lugar fuera del área de ejecución del programa (Cambio de Comuna-Región).

En la tabla a continuación, se expone la información referente a como se conformó la muestra de seguimiento del estudio, para lo cual se utilizaron 4 categorías que dan cuenta de la situación de los casos:

1. **Entrevistado**: Refiere a los casos en que se realizó al menos una entrevista al cuidador o cuidadora principal y fue factible aplicar algunos de los instrumentos de la batería propuesta. En los casos que sólo fue factible entrevistar a los cuidadores solo se tabuló solo el instrumento FER-R.

2. **No Perfil**: Alude a los casos que no concordaron con los criterios para inclusión a la muestra. Entre estos se encuentran los tipos de egreso 4 al 7 de acuerdo con las definiciones del programa, esto es: familia se cambia de domicilio a localidad fuera del rango del estudio o problemáticas en la familia hagan inviable la participación en el mismo.

3. **Inubicable:** Refiere a los casos que tras 5 intentos de llamados -re chequeando los números telefónicos con los equipos MST- y un mensaje de texto posterior al quinto llamado, no fueron factibles de ubicar.

4. **Rechazo:** Se relaciona con los casos que expresamente a través de contacto telefónico, a través de visita en conjunto con terapeutas al egreso del caso o en visitas de los investigadores (previamente acordadas), el/la cuidador/a principal manifestó de manera clara su no voluntariedad a participar del estudio.

Tabla 49: Muestra T1 Total, por categoría de entrevistado.

Comuna	Entrevistado	Inubicable	No perfil	Rechazo	Total
Cerro Navia	2	1	3	5	11
Conchalí	7	2	4	5	18
El Bosque	8	0	3	6	17
Estación Central	8	5	4	0	17
La Florida	5	2	4	1	12
La Granja	2	5	0	5	12
La Pintana	2	2	1	3	8
Lampa	10	3	1	5	19
Lo Espejo	6	2	4	6	18
Lo Prado	4	1	2	6	13
Los Ángeles	11	2	0	5	18
Maipú	4	0	1	5	10
Pedro Aguirre Cerda	10	0	4	9	23
Peñalolén	9	0	5	4	18
Pudahuel	8	3	1	4	16
Puente Alto	7	1	1	7	16
Puerto Montt	5	0	1	9	15

Quilicura	7	1	4	3	15
Rancagua	4	2	6	0	12
Recoleta	8	4	0	10	22
San Bernardo	9	4	0	0	13
San Joaquín	6	2	2	4	14
San Ramón	11	2	1	8	22
Temuco	12	3	0	1	16
Valparaíso	9	3	0	6	18
Viña del Mar	4	0	0	4	8
Total general	**178**	**50**	**52**	**121**	**401**

6.1.5.1 Descripción de la muestra de seguimiento (cuatro tiempos de medición)

Se inició el estudio de seguimiento con la realización de 178 entrevistas en T1 y se finalizó con 108 entrevistas en T4. A continuación se detallan diversas estadísticas descriptivas respecto a las distintas fases de toma de datos.

En primer lugar, se presenta la carga mensual o distribución de entrevistas realizadas para cada una de las mediciones en los distintos meses de cada tiempo de evaluación establecido, las cuales se iniciaron en el tiempo 1 en los meses de abril a agosto del año 2016.

Tabla 50: Carga mensual (cantidad de entrevistas realizadas) por Tiempos de Medición

Medición	Meses	Nº entrevistas	Total
T1	abr-16	24	**178**
	may-16	46	
	jun-16	49	
	jul-16	45	
	ago-16	14	
Medición	**Meses**	**Nº entrevistas**	**Total**
T2	jul-16	13	**140**
	ago-16	33	
	sep-16	45	
	oct-16	25	
	nov-16	24	
Medición	**Meses**	**Nº entrevistas**	**Total**
T3	oct-16	2	**112**
	nov-16	30	
	dic-16	33	

	ene-17	38	
	feb-17	9	
Medición	**Meses**	**Nº Entrevistas**	**Total**
T4	abr-17	6	**108**
	may-17	33	
	jun-17	21	
	jul-17	28	
	ago-17	20	

La configuración de la atrición de la muestra con relación a los 178 casos iniciales de seguimiento por tiempo de medición se presenta en la tabla siguiente. Ésta alcanzó un punto máximo en el T4, con un 39,3 % de atrición respecto a la muestra inicial.

Tabla 51: Valores de atrición según tiempos de medición en relación a muestra inicial

Atrición por Tiempo de Medición (respecto a T1)		
T2	**T3**	**T4**
20,2%	**37%**	**39,3%**

Por su parte, con relación al universo total de egresos de MST entre abril a agosto de 2016 (401 casos), en términos de capacidad de contacto, se obtuvieron los siguientes valores:

Tabla 52: Casos en seguimiento respecto al Universo Total (egresados MST Abril-Agosto 2016)

Egresos Totales	Muestra T1	Muestra T4
401	178	108
100%	44,3%	26,9%

Es importante destacar que las dificultades en terreno en T3 y T4 estuvieron principalmente en la imposibilidad de contactar telefónicamente a las familias en estas fases del estudio, existiendo cerca de un 80% de números de teléfonos inhabilitados, siendo la visita domiciliaria la principal herramienta de acercamiento. Esto hizo menos eficiente la toma de datos, dado que se debió visitar varias veces a una familia para lograr encontrar a las personas para entrevistar y completar la respectiva medición.

Respecto a las características de la muestra, en primer lugar, se presenta su distribución por región. Considerando la distribución de casos a nivel país, es coherente que la mayor cantidad de casos de la muestra tengan como residencia la Región Metropolitana, como se sintetiza en la Tabla Nº52.

Tabla 53: Distribución de casos según región del país, por tiempo de medición.

	Tiempo 1		Tiempo 4	
Región	***Casos***	***%***	***Casos***	***%***
R. Metropolitana	133	74,7	80	74
V Región	13	7,3	9	8,3
VI Región	4	2,2	2	1,8
VIII Región	11	6,2	9	8,3
IX Región	12	6,7	6	5,5
X Región	5	2,8	2	1,8
Total	178	100	108	100

El detalle por comunas se presenta en la tabla Nº53, donde es posible observar cómo se distribuyen los casos entrevistados por cada uno de los tiempos de medición.

Tabla 54: Cantidad de entrevistas realizadas por comuna y por Tiempos de Medición.

Comunas	Entrevistados T1	Entrevistados T2	Entrevistados T3	Entrevistados T4
Cerro Navia	2	2	2	2
Conchalí	7	5	3	3
El Bosque	8	7	7	6
Estación Central	8	1	5	5
La Florida	5	6	4	4
La Granja	2	5	1	1
La Pintana	2	1	0	0
Lampa	10	10	8	8
Lo Espejo	6	5	4	4
Lo Prado	4	1	0	0
Los Ángeles	11	9	4	9
Maipú	4	2	1	1
PAC	10	7	5	5
Peñalolén	9	9	9	7
Pudahuel	8	8	6	6
Puente alto	7	3	1	1
Puerto Montt	5	3	4	2
Quilicura	7	6	5	5
Rancagua	4	3	2	2
Recoleta	8	7	7	7
San Bernardo	9	4	3	3
San Joaquín	6	6	4	4
San Ramón	11	10	10	8
Temuco	12	10	7	6

Valparaíso	9	7	7	7
Viña del Mar	4	3	3	2
Total	**178**	**140**	**112**	**108**

La información contenida en las siguientes tablas permite caracterizar la muestra al momento del T1 con relación al T4, por sexo y edad del joven. Al distinguir por sexo, se observa una alta representación de NNA de sexo masculino, distribución que prácticamente no varía en términos porcentuales entre el Tiempo 1 y el 4.

Tabla 55: Distribución del sexo de la muestra de seguimiento

	Tiempo 1		Tiempo 4	
Sexo	**Casos**	**%**	**Casos**	**%**
Femenino	41	23	25	23
Masculino	137	76,9	83	77
Total	178	100	108	100

Al analizar por edades, se observa una concentración de la muestra en las edades 15, 16 y 17 años con un 18%, 28% y 29,8% respectivamente, para el T1. Considerando que al T4 ha transcurrido un año, es esperable que la distribución de la muestra se traslade a las edades inmediatamente superiores, es decir 16, 17 y 18 años. Producto de esto es que se encuentran casos de 19 años en la muestra del seguimiento.

Tabla 56: Cantidad de casos evaluados por edad al momento de las mediciones T1 y T4.

	Tiempo 1		Tiempo 4	
Edades	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
11 años	3	1,7	0	0
12 años	5	2,8	2	1,9
13 años	5	2,8	3	2,8
14 años	17	9,6	4	3,7
15 años	32	18,0	6	5,6
16 años	50	28,1	19	17,6
17 años	53	29,8	32	29,6
18 años	13	7,3	30	27,7
19 años	0	0	12	11,1
Total	**178**	**100**	**108**	**100**

6.1.6 Esquema del trabajo de campo

El trabajo de campo para la evaluación prospectiva consistió en una serie de encuentros con las familias en los hogares de estas, con el objeto de realizar entrevistas a sus integrantes. Estos encuentros fueron voluntarios y se programaron de acuerdo con las posibilidades horarias de las familias. Se incluyeron los tutores/cuidadores y los NNA. Asimismo, se integraron terceros significativos integrantes o no del núcleo familiar.

Con el objetivo de mantener la mayor cantidad de muestra en seguimiento en el estudio, se optó por incluir tanto a aquellos casos donde se contaba con el consentimiento del adulto responsable y el NNA, como aquellos donde los NNA no consintieron participar del estudio, pero sus cuidadores sí lo hicieron. Esto dio lugar a la conformación de 2 tipos de grupo de seguimiento.

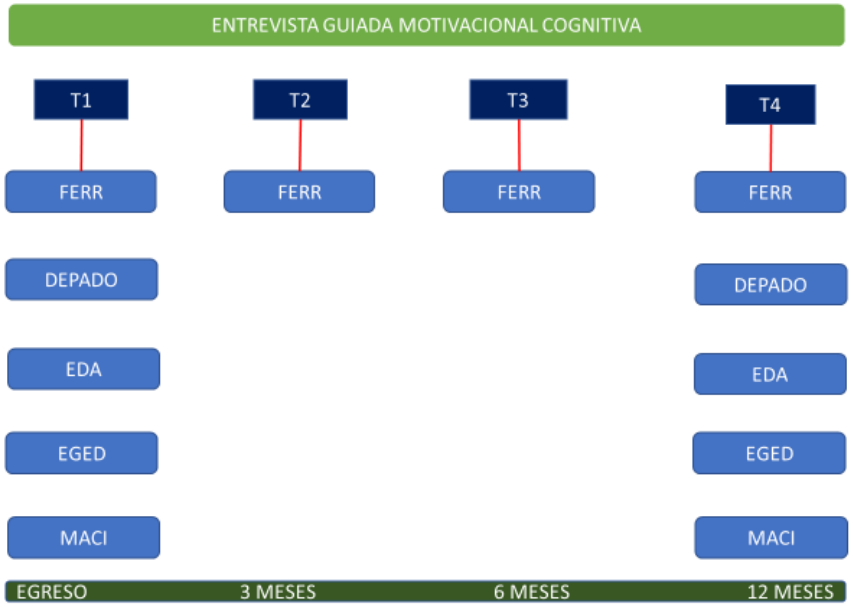
Tal como se señaló anteriormente, en términos de la voluntariedad de los participantes a ser parte del estudio, se han creado dos tipos de grupo de seguimiento:

- Aquellos casos en que se ha obtenido el consentimiento de los cuidadores y el asentimiento de los NNA a participar.
- Aquellos casos en donde sólo existe consentimiento de los cuidadores, no así el asentimiento de los NNA.

Este esquema permitió obtener la mayor cantidad de datos y no excluir a los padres y/o cuidadores que mostraron motivación por el estudio.

A continuación, se detalla las actividades y requerimientos técnicos asociados a cada uno de los tiempos considerados en el seguimiento. El siguiente esquema esboza qué instrumentos se aplicaron en cada momento de evaluación y más adelante se especifica cada una de las actividades, tiempos y productos de cada etapa. Se reportan cambios en relación con los informes previos en las medidas T2 y T3 respecto a la aplicación del instrumento EGED. Se eliminó esta medición contemplándose sólo su aplicación inicial y una final en T4. Esto se fundamenta en que las diferencias en los tiempos de medición entre T1, T2 y T3 no serían significativas para lograr identificar cambios concretos, dado el corto periodo de tiempo de observación.

Figura 6: Esquema de evaluación para seguimiento de casos



Fuente: elaboración propia.

Tiempo 1: Evaluación al egreso.

Duración: máximo 2 semanas.

Objetivo: establecer la línea base de evaluación.

1. *Preentrevista*: Consiste en la preparación y planificación de la primera entrevista (y primer contacto) con el/la adolescente y su familia. Esta actividad requiere que los evaluadores recopilen la mayor cantidad de antecedentes del caso que tengan a su disposición (dirección, teléfonos, conversar con terapeuta a cargo, conocer a fondo la situación del/la adolescente en su proceso y a su egreso).

Productos de esta actividad: (1) síntesis de información relevante respecto al proceso de intervención del/la adolescente y (2) planificación de la primera entrevista.

2. *Presentación y coordinación primera entrevista*: Presentación del evaluador a la familia y adolescente, explicar los objetivos del estudio, leer y firmar consentimiento y asentimiento informado y finalmente establecer fecha de entrevista para joven y tutor responsable.

Existen 3 modalidades de contacto con la familia. La más utilizada implicó que el investigador acudiera a la sesión de egreso junto al terapeuta, en la cual se hacía presentación del estudio de los objetivos y alcances de este, haciendo énfasis en la voluntariedad y confidencialidad respecto a la participación. Se dejaba la carta informativa del estudio firmada por el investigador y en caso de haber voluntariedad se firmaba el consentimiento y asentimiento informado.

La segunda modalidad refirió a que el terapeuta informaba en términos generales del estudio en la sesión de egreso del caso, y comunicaba que el equipo de investigadores se contactaría con la familia para la presentación de este.

La tercera modalidad -menos óptima para generar adherencia al estudio-, aludió a la que el terapeuta contactó a la familia en etapas posteriores al egreso y le comunicó sobre el estudio y anticipó que el equipo de investigadores se contactaría con ellos. Esta sólo se utiliza en casos rezagados o que no había sido factible coordinar con el equipo MST un horario de visita conjunta.

Productos de esta actividad: (1) firma de consentimiento y asentimiento informado, (2) establecer fecha de primera entrevista con joven y con tutor responsable.

3. *Entrevista con adolescente:* En la evaluación del Tiempo 1, el evaluador debe contemplar entre 1 a 3 encuentros con el/la adolescente que le permitan conocer los antecedentes de relevancia para completar. Al finalizar los encuentros del tiempo 1 se deben haber aplicado la FER-R y la EGED, así como las entrevistas guiadas con las herramientas DEP-ADO y EDA. En el segundo encuentro con el joven, junto con seguir profundizando en las temáticas que son foco de la evaluación, debe administrar el cuestionario de autoinforme MACI (si existen evidentes dificultades de lectura o similares, es posible que el MACI sea administrado en dos sesiones, aunque esto debe evitarse).

Productos de esta actividad: (1) DEP-ADO completo (2) EDA completo (3) MACI completo (4) Registros escritos y de audio de todas las entrevistas sostenidas con tutor (5) Recopilación y respaldo de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan completar posteriormente EGED y FER-R.

4. *Entrevista con tutor responsable*: En la evaluación del Tiempo 1, el evaluador debe contemplar 1 o 2 encuentros con el tutor responsable del adolescente que le permitan conocer los antecedentes de relevancia para completar, al finalizar los encuentros del tiempo 1, la FER-R y la EGED.

Productos de esta actividad: (1) Registros escritos y de audio de todas las entrevistas sostenidas con tutor. (2) Recopilación y respaldo de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan completar posteriormente EGED y FER-R.

5. *Entrevista con tercer informante*: En la evaluación del Tiempo 1, el evaluador debe contemplar 1 encuentro con un tercero que actúa como informante clave del proceso del adolescente. Será el evaluador quien resuelva a quién contactar, pudiendo ser un profesor, algún profesional de otro programa o cualquier adulto que mantenga contacto continuo y cercano con el adolescente. A través de esta entrevista, es importante que el evaluador indague en antecedentes de relevancia o permita corroborar o descartar información para completar al finalizar los encuentros del tiempo 1, la FER-R y la EGED.

Productos de esta actividad: (1) Registros escritos y de audio de todas las entrevistas sostenidas con informante. (2) Recopilación y respaldo de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan completar posteriormente EGED y FER-R.

6. *Analizar y completar instrumentos de juicio profesional*: Luego de completar los encuentros con el/la adolescente, el tutor responsable y un tercer informante, el evaluador debía revisar y analizar la información obtenida por todas las fuentes, y triangularlas, de modo tal que pueda dar respuesta a los instrumentos de juicio profesional EGED y FER-R.

Productos de esta actividad: (1) EGED completa. (2) FER-R completa.

7. *Análisis interpretativo de la situación actual del caso*: Al finalizar el proceso cada evaluador debía evacuar un breve informe de la situación del caso al egreso de MST, resaltando los resultados más importantes de la evaluación.

b. Tiempo 2: Evaluación a los 3 meses de egreso.

Duración: 7 días.

Objetivo: evaluar cambios en los indicadores registrados previamente a través del instrumento de juicio profesional FER-R (sólo factores de riesgo dinámicos).

1. *Preentrevista:* Preparación y planificación de las entrevistas en el tiempo 2 con el/la adolescente y su familia.

Productos de esta actividad: (1) planificación de las entrevista en el tiempo 2.

2. *Entrevista con adolescente*: contemplar 1 encuentro con el/la adolescente que permitan conocer cambios en las áreas evaluadas por la FER-R. Esta puede ser optativa en caso de que la entrevista con tutor responsable insume con información suficiente y confiable para el cotejo de cambios en los factores a evaluar.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con el/la adolescente. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

3. *Entrevista con tutor responsable*: contemplar un encuentro con el tutor responsable del adolescente que le permitan conocer cambios en las áreas evaluadas por FER-R.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tutor. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

4. *Entrevista con tercer informante (opcional):* en el tiempo 2, la entrevista a un tercer informante será sólo en caso de requerirse información complementaria, pudiendo ser uno distinto del contactado en el tiempo 1.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tercer informante. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

5. *Analizar y completar instrumentos de juicio profesional*: Luego de completar los encuentros con el/la adolescente, el tutor responsable y un tercer informante (si corresponde), el evaluador deberá revisar y analizar la información obtenida por todas las fuentes, y triangularlas, de modo tal que pueda dar respuesta al instrumento de juicio profesional FER-R tiempo 2, esta vez sólo centrándose en los factores de riesgo dinámicos.

Productos de esta actividad: (1) FER-R tiempo 2 completa.

c. Tiempo 3: Evaluación a los 6 meses de egreso.

Duración: 7 días.

Objetivo: evaluar cambios en los indicadores registrados previamente a través del instrumento de juicio profesional FER-R (sólo factores de riesgo dinámicos).

1. *Preentrevista*: Preparación y planificación de las entrevistas en el tiempo 3 con el/la adolescente y su familia.

Productos de esta actividad: (1) planificación de las entrevista en el tiempo 3.

2. *Entrevista con adolescente*: contemplar 1 encuentro con el/la adolescente que permitan conocer cambios en las áreas evaluadas por la FER-R.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con el/la adolescente. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

3. *Entrevista con tutor responsable*: contemplar un encuentro con el tutor responsable del adolescente que le permitan conocer cambios en las áreas evaluadas por FER-R.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tutor. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

4. *Entrevista con tercer informante (opcional):* en el tiempo 3, la entrevista a un tercer informante será sólo en caso de requerirse información complementaria.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tercer informante. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en FER-R.

5. *Analizar y completar instrumentos de juicio profesional*: Luego de completar los encuentros con el/la adolescente, el tutor responsable y un tercer informante (si corresponde), el evaluador deberá revisar y analizar la información obtenida por todas las fuentes, y triangularlas, de modo tal que pueda dar respuesta al instrumento de juicio profesional FER-R tiempo 3, sólo centrándose en los factores de riesgo dinámicos.

Productos de esta actividad: (1) FER-R tiempo 3 completa.

d. Tiempo 4: Evaluación al año de egreso.

Duración: 14 días.

Objetivo: evaluar cambios en los indicadores registrados previamente a través de los instrumentos de juicio profesional EGED y FER-R (sólo factores de riesgo dinámicos), EDA y DEP ADO.

1. *Preentrevista:* Preparación y planificación de las entrevistas en el tiempo 4 con el/la adolescente y su familia.

Productos de esta actividad: (1) planificación de las entrevista en el tiempo 4.

2. *Entrevista con adolescente*: En la evaluación del Tiempo 4 el evaluador debió contemplar 2 encuentros con el/la adolescente que le permitan conocer los cambios en las áreas evaluadas por la FER-R y la EGED, así como volver a administrar en el encuentro 1 las entrevistas guiadas con las herramientas DEP-ADO y EDA.

Productos de esta actividad: (1) DEP-ADO tiempo 4 completo. (2) EDA tiempo 4 completo. (3) grabaciones en audio de todas las entrevistas sostenidas con el/la adolescente. (4) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan completar posteriormente EGED y FER-R.

3. *Entrevista con tutor responsable*: contemplar un encuentro con el tutor responsable del adolescente que le permitan conocer cambios en las áreas evaluadas por FER-R y la EGED.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tutor. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en EGED y FER-R.

4. Entrevista con tercer informante: en el tiempo 4 es necesario entrevistar a un tercer informante.

Productos de esta actividad: (1) grabación en audio de la entrevista sostenida con tercer informante. (2) recopilación de antecedentes relevantes en focos de interés que permitan conocer cambios en áreas evaluadas en EGED y FER-R.

5. *Analizar y completar instrumentos de juicio profesional*: Luego de completar los encuentros con el/la adolescente, el tutor responsable y un tercer informante, el evaluador deberá revisar y analizar la información obtenida por todas las fuentes, y triangularlas, de modo tal que pueda dar respuesta a los instrumentos de juicio profesional EGED tiempo 4 y FER-R tiempo 4 sólo centrándose en los factores de riesgo dinámicos.

Productos de esta actividad: (1) EGED tiempo 4 completa. (2) FER-R tiempo 4 completa.

6.1.7 Estructura orgánica del trabajo de campo y monitoreo del trabajo en terreno

El equipo de campo se distribuyó a lo largo de diversas regiones del país, no obstante, con fines operativos existieron 2 zonas de responsabilidad a cargo de dos supervisores zonales, uno a cargo de la zona centro (RM y V y VI región) y uno de la zona sur (VIII, IX, y X región).

La Zona Centro comprendió las siguientes comunas de la Región Metropolitana: Recoleta, El Bosque, Pudahuel, Lampa, Peñalolén, San Joaquín, Maipú, Quilicura, La Pintana, San Ramón, Pedro Aguirre Cerda, Estación Central, Lo Prado, San Bernardo, Conchalí, Lo Espejo, Cerro Navia, La Granja, La Florida y Puente Alto. Por su parte, la Quinta Región de Valparaíso comprende las comunas de Viña del Mar y Valparaíso y la VI región del Libertador Bernardo O'Higgins la comuna de Rancagua. Existen en la actualidad 3 investigadores en terreno y 1 supervisor para esta zona.

La Zona Sur comprendió la VIII región del Biobío con la comuna de Los Ángeles, la IX región de la Araucanía con la comuna de Temuco y la X Región de los Lagos con la comuna de Puerto Montt y hubo 2 investigadores en terreno y un supervisor para esta zona.

Las actividades en terreno para la obtención de datos para el estudio prospectivo requirieron de la supervisión técnica para la validación de la información de seguimiento. Esto implicó verificar cada instrumento aplicado y corroborar la suficiencia y consistencia de la información para que integrar los registros de esta. Esto, asimismo, implicó la revisión y supervisión de los instrumentos de registro complementarios que incluyó la revisión de bitácoras, informe de situación de casos y notas de campos.

En términos del trabajo en terreno existió supervisión constante por parte de los supervisores zonales consistente en acompañamiento a los investigadores en las

entrevistas en los hogares de las familias participantes en toda la primera medición y de forma aleatoria en las siguientes mediciones con fines de corroborar el cumplimiento de los estándares de recolección de datos y de aplicación de los protocolos de investigación, debiendo también revisarse los audios grabados en entrevistas. Todas estas acciones estuvieron orientadas a mantener durante toda la investigación una alta calidad de registro y llenado de instrumentos.

6.1.8 Proceso de aseguramiento de la calidad de los datos

La metodología implementada para lograr un adecuado nivel de calidad de los datos de la investigación consistió en diversas estrategias orientadas a supervisar y monitorear el desempeño de los asistentes de investigación y la calidad de las evaluaciones efectuadas. Se implementó este sistema durante T1, T2 y T3, y las actividades consistieron en:

a) ***Acompañamiento en terreno a los domicilios de las familias participantes en los diferentes tiempos de evaluación del estudio***: se supervisó a cada investigador asistente en las entrevistas efectuadas en los domicilios de las familias participantes cotejando que se aplicaran todos los estándares técnicos que estas requerían. Este acompañamiento fue intensivo en el tiempo 1 y se implementó de manera aleatoria en las mediciones posteriores.

<u>Actividades asociadas:</u>

Visita conjunta a los domicilios de las familias del supervisor de terreno y el asistente de investigación. En esta instancia el asistente de investigación lideró la entrevista y es apoyado por el supervisor. Posterior a la entrevista se otorga retroalimentación respecto al desempeño y se efectúan las correcciones necesarias para adherir al protocolo de entrevistas.

b) ***Asesoramiento técnico en el llenado y tabulación de instrumentos:*** se analizó y supervisaron los casos que presentaban mayor complejidad para obtener evaluaciones confiables. Esto implica, la corrección y ajuste de instrumentos aplicados por los investigadores asistentes cuando la evidencia lo ameritaba. Cada asistente de investigación tuvo varias asesorías en el tiempo 1 (T1) con la finalidad que desarrollaran las competencias específicas y generasen criterios para la tabulación de las futuras evaluaciones. En términos concretos esto implicó la revisión de todos los instrumentos aplicados de la muestra.

Actividades asociadas:

Se realizan reuniones técnicas de análisis de casos donde cada asistente de investigación debía preparar la presentación clínica forense de al menos 1 caso por sesión, en la cual se revisaba el ajuste entre la evidencia (audios de entrevistas, informes de otros programas, etc.) y la tabulación de los instrumentos. Junto con estos, se analizó la calidad de la información y de la triangulación efectuada. Lo anterior, implicó la corrección de instrumentos cuando la evidencia lo ameritó, para lo cual se debió generar un consenso técnico entre los supervisores y los asistentes de investigación.

Asimismo, se efectuaron análisis de casos cuando en la segunda medición (T2) se registre evidencia de mayor calidad que permitía hacer una corrección de la medida inicial (T1). El objetivo consistió en obtener información de mayor calidad en la segunda evaluación con relación a factores de riesgo estáticos -de manera preferente-. Esto implicó que los casos deben ser aprobados técnicamente para consignar los cambios en la base de registro de datos. De esta manera se llenó una segunda versión del instrumento, el cual quedó junto a la primera versión en la carpeta física y digital del caso.

c) ***Revisión aspectos administrativos bases de datos de registro:*** alude al traspaso oportuno de información a las bases de datos de registro, cotejando la ausencia de errores de tipeo a través de tabulación cruzada y chequeo posterior con las carpetas físicas para evitar inconsistencias.

6.1.9 Metodología del Estudio de Casos

6.1.9.1 Planteamiento del problema de investigación

El modelo de Terapia Multisistémica es una intervención que ha demostrado evidencia en lograr cambios a nivel individual, familiar, pares, escuela y relaciones con la comunidad en los participantes de la intervención (Bourduin & Schaeffer, 2009). Este tipo de tratamiento ha demostrado una amplia evidencia de resultados avalado en un alto número de estudios respecto a eficacia del tratamiento, la transferibilidad de este a otros contextos y calidad de implementación[106]. No obstante, a pesar del profuso número de estudios cuantitativos, no es factible identificar estudios de índole cualitativos que rescaten las experiencias de las familias que han participado del programa. En este sentido, se advierte como

[106] Para mayor conocimiento, revisar: Multisystemic Therapy ® (MST ®) Research at a Glance January 2016. Disponible en www.mstservices.com

altamente relevante conocer el efecto de las intervenciones en la vida misma de las personas y conocer sus experiencias expresadas en sus propios sentidos y significados.

Por esta razón, este estudio busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las vivencias de las familias respecto a la participación en el Programa Terapia Multisistémica? Para responder a ella, se plantea como objetivo general de este estudio caracterizar las vivencias de los usuarios del tratamiento de Terapia Multisistémica durante y posterior al egreso de este

Los objetivos específicos que se desglosan del objetivo general son:

a) Conocer las vivencias asociadas al formato de trabajo de MST con las familias participantes

b) Indagar sobre la utilidad de MST para la familia participante (cuidador/a y NNA)

c) Explorar las consecuencias posteriores a la participación en MST para la familia participante

d) Conocer el valor otorgado al tratamiento de MST por parte de la familia participante

6.1.9.2 Tipo de Investigación

Este estudio de caso utiliza metodología cualitativa, la cual tiene como propósito obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos (Kvuale, 1996, en Martínez, 2004).

La investigación cualitativa en profundidad permite adentrarse en la "psicología individual" de los participantes del estudio, para lograr entender las diversas visiones, percepciones y vivencias que estos tienen con relación a un determinado fenómeno u objeto de estudio (Creswell, 2001).

6.1.9.3 Tipo de análisis

En base a los datos, se decidió utilizar un Análisis Fenomenológico Interpretativo (Smith, 1996, 2011; Smith & Osborn 2007; Smith & Pietkiewicz, 2014) cuyo objetivo principal es explorar en detalle cómo los participantes otorgan sentido a su mundo personal y social;

para ello se busca analizar el significado de las experiencias particulares, eventos y estados de los participantes (Smith & Pietkiewicz, 2014).

Este enfoque es fenomenológico, puesto que implica un examen detallado del mundo de la vida del participante, desde su propia perspectiva y valoración/descripción de objetos o eventos; así mismo es interpretativo en tanto el investigador juega un papel activo en desentrañar estos sentidos/significados desde una perspectiva privilegiada. De esta manera, se produce un proceso interpretativo en dos etapas que se ha denominado "doble hermenéutica", que consiste en que, por un lado, los participantes intentan dar sentido a su propio mundo, y por el otro, los investigadores intentan dar sentido al intento realizado por los propios participantes (Smith, 2011; Smith & Osborn 2007).

Este análisis comienza con un proceso iterativo de lectura y re-lectura de las transcripciones para obtener una sensación general respecto a los que los participantes están diciendo, para luego volver a las entrevistas y a través de un proceso inductivo producir Subtemas (comúnmente entendidos como códigos) que posteriormente serán agrupados en grandes Temas (regularmente denominados categorías), una vez finalizado el análisis se organizan y presentan los resultados en una matriz que da cuenta de los Temas obtenidos, sus correspondientes Subtemas y una Cita ilustrativa o representativa de casa uno de éstos. Para finalizar, se exponen y discuten de manera narrativa cada uno de los Temas y sus Subtemas (Storey, 2007).

6.1.9.4 Técnicas de recolección de Datos

Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad y la entrevista focalizada semi-estructurada. La primera busca obtener un texto sobre el tema o tópico de interés en los términos del lenguaje y la perspectiva de los entrevistados. A través de esta se puede obtener una idea de los problemas más importantes, de los pensamientos del entrevistado y de las situaciones que para él resulten de mayor significación (Sabino, 1992).

La técnica se implementa como un diálogo que permite que emerja el punto de vista único y profundo de la persona entrevistada a través de una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal (Rodríguez, Gil y García, 1996).

De acuerdo con Robles (2011), esta técnica tiene como propósito adentrarse en la vida del participante y explorar lo más detalladamente posible sus intereses, miedos y deseos,

construyendo paso a paso la experiencia mediante una comunicación horizontal donde no hay intercambio formal de preguntas y respuestas preestablecidas, sino un encuadre general sobre temas significativos que poco a poco se van abordando. El tipo de dato a obtener será el relato y la información obtenida se registrará mediante la utilización de un cuaderno de campo además de grabación de entrevista en audio. Esta entrevista se utilizará con los cuidadores donde se plantea generar una conversación en torno a la experiencia de haber participado del programa MST e ir ahondando en las implicancias y contenidos más significativos relatados por el entrevistado.

El segundo tipo de entrevista (entrevista focalizada), como su nombre lo indica, se concentra sobre uno o más puntos específicos acerca de los cuales el sujeto es estimulado a relatar libremente siendo el investigador el que va dirigiendo al entrevistado a los temas de relevancia. Sin dejar de ser una entrevista abierta, posee un mayor grado de estructuración que la entrevista profunda. Por lo general, es empleada con sujetos que han participado de una misma situación, para estudiar cambios de actitud, para estudiar situaciones que serán objeto de trabajo social, animación cultural o de tipo educativo; igualmente para abordar problemas poco conocidos por el investigador y que serán estudiados más adelante (Ander-Egg, 1982). Este tipo de entrevista se utilizará con los NNA participantes y se plantea como una instancia “abierta” al inicio para irse focalizando posteriormente en temas particulares con el objetivo de promover el relato de parte del adolescente.

6.1.9.5 Modelo de recogida de datos

El esquema de toma de datos del estudio de caso consistió en la realización de tres entrevistas por familia participante: una entrevista con el/la cuidador/a que cumpla con los criterios de suficiencia para el estudio, una entrevista con el adolescente, la cual es transcrita y una segunda entrevista con el adolescente de validación del contenido emitido en la primera entrevista. En la segunda entrevista el investigador lee junto al adolescente el contenido transcrito y va adecuando los significados con relación a si al NNA le hace sentido lo relatado en la entrevista inicial. En caso de que lo transcrito no represente lo que el adolescente quiso expresar, se realiza una corrección del contenido adecuándose al significado original.

6.1.9.6 Participantes

Se considera una muestra de 12 familias que deseen participar del estudio. Los criterios de inclusión[107] de estas familias aluden a: disponibilidad de contacto, voluntariedad, sexo (en proporción a la muestra) perfiles de riesgo (ASSET) y temporalidad posterior al egreso (según momento de medición). Respecto al criterio perfil de riesgo se busca evaluar casos que presentaron un alto riesgo socio-delictivo como indicador de ingreso a MST[108] (delito de mayor gravedad, mayor volumen y variabilidad entre los delitos) y variables de índole clínicas con relación a dinámicas familiares y vinculación de las familias con otras redes socio-comunitarias[109].

Para esto se hace una invitación a todas las familias que cumplen con el perfil de inclusión a participar del estudio, contemplando una entrevista en profundidad al cuidador o la cuidadora y 2 entrevistas focalizadas semi-estructuradas al adolescente.

Se busca entrevistar a los menos 6 familias que sean parte de la muestra de seguimiento prospectivo, mientras que el resto de las entrevistas se realizan a familias que hayan egresado de MST a lo menos 12 meses antes de la recogida de datos de campo y que no formaron parte de la muestra de seguimiento.

Esta configuración permite sondear distintos momentos de evaluación sumando a variabilidad respecto a los procesos familiares acaecidos posterior el egreso, permitiendo conocer como las vivencias y significados van cambiando a medida que trascurre el tiempo. Asimismo, esto permite también identificar casos de alto riesgo que a pesar de ello lograron cambios significativos durante la intervención y con posterioridad a ella. En este sentido, este esquema otorga la posibilidad de rescatar vivencias significativas de "familias icónicas" que pasaron por el programa y que puedan aportar con sus relatos a enriquecer el estudio de caso.

6.2 Análisis de resultados

6.2.1 Prospectivo de seguimiento de casos: muestra, instrumentos,

[107] Para mayor detalle sobre la caracterización de la muestra se debe revisar Anexo Nº 11

[108] Según clasificación de tipos de delito utilizada en el listado 24 Horas., a saber: Tipo (1) Delitos Sexuales (2) Contra la propiedad (3) Contra la integridad física y psíquica de las personas (4) Lesiones (5) VIF (6) Ley 20.000 de Drogas (7) Ley Control de Armas (8) Amenazas (9) Vulneración de Derechos (10) Ley de Tránsito (11) Otros. (Carabineros de Chile - Gobierno de Chile, 1995-2010)

[109] Ver tabla en Anexo Nº 11

registros utilizados y análisis de datos realizados.

Para este análisis se trabajó con una población inicial de 391 adolescentes egresados de MST (300 hombres, 91 mujeres), de los cuales se obtuvo una muestra de 171 adolescentes, procedentes de 26 comunas distintas (23 de la zona central -20 metropolitanas- y 3 del sur del país) y con un equipo de 9 evaluadores, profesionales psicólogos, capacitados en el modelo MMIDA.

El instrumento utilizado para recoger los datos consistió en la guía FER-R (Alarcón, 2015) que corresponde a un inventario de juicio profesional estructurado, desarrollado en Chile y validado con adolescentes infractores. Este instrumento mide 6 factores de riesgo (intervenciones previas, escuela, familia, pares, drogas y actitudes) con 5 sub-factores (desenganche escolar, problemas de conducta, débil supervisión familiar, malos tratos y aprobación delictiva) y 2 factores de recursos (recursos protectores que incluye el sub-factor de competencias cognitivas, e intereses); entrega además un puntaje total de riesgo y otro de recursos y se puede aplicar con intervalos de tres meses, pues la puntuación depende de la observación en terreno realizada por los profesionales.

Se realizaron cuatro mediciones con intervalos de tiempo cercanos a tres meses entre las tres primeras y seis meses la última; y con reducción de participantes, pero sin que ello afecte sustancialmente los análisis (T1-T2=140; T1-T3= 112; T1-T4= 116, lo que significa atrición de 30 participantes en el T2, 58 en el T3 y 54 en el T4, con 103 casos válidos con mediciones en los 4 tiempos).

Se complementa la evaluación FER-R en T1 y T4 con registros de consumo problemático de alcohol y drogas (DEP-ADO), enganche delictivo (EGED); además de incorporar como variables de contraste las puntuaciones realizadas con ASSET previo al ingreso a MST, posterior a su egreso y un año después; y los registros de ingresos al programa 24 horas de Carabineros y a programas de sanción de Sename.

Se realizaron análisis estadístico descriptivo e inferencial con la finalidad de determinar evidencias consistentes de cambio o mantención de las conductas y de las condiciones de contexto que las favorecen, esto fue posible dado contar con mediciones obtenidas con instrumentos validados para adolescentes infractores chilenos en diversas variables asociadas al comportamiento delictivo, y registros oficiales de detenciones y sanciones en los periodos de tiempo consignados para el estudio.

Adicionalmente, se analizaron las puntuaciones del instrumento ASSET en comparación con las de la FER-R para las distintas mediciones obtenidas, con la finalidad de determinar evidencias de validez de constructo para el primero, dado que actualmente solo se encuentra adaptado sin la realización de estudios psicométricos. De este modo el presente capítulo se estructura exponiendo resultados para los siguientes análisis:

1. Evidencia de validez de constructo del ASSET con puntajes FER-R
2. Evolución de riesgo en ASSET Previo y Posterior a MST
3. Evolución de riesgos en FER-R y ASSET, posteriores al egreso de MST
4. Evolución de recursos en FER-R, posteriores al egreso de MST
5. Enganche Delictivo de la Muestra (EGED)
6. Consumo problemático de alcohol y drogas
7. Variaciones de ingresos por infracciones de la muestra
8. Diferencias según sexo y edad

6.2.1.1 Evidencia de validez de constructo del ASSET con puntajes FER-R

Para establecer una estimación de convergencia entre las mediciones de ambos instrumentos se realiza un análisis de correlación bivariada con las medidas obtenidas al egreso de la intervención con MST (ASSET posterior a la intervención "Post"; y FER-R en la primera medida de seguimiento "T1"), utilizando la prueba ***r** de Pearson*, análisis que arroja los siguientes resultados:

Tabla 57.Análisis de convergencia FER-R "T1" y ASSET "Post". Correlaciones r de Pearson

	Riesgos Totales FER-R "T1"	Recursos Totales FER-R "T1"
Puntaje ASSET "Post"	,37	-,22
Sig. (bilateral)	,000*	,016*
N	121	120

Como se observa, las correlaciones son estadísticamente significativas (p<,05), con un efecto mediano para los riesgos totales; y con sentido negativo (teóricamente consistente, pues se trata de constructos contrapuestos) y tamaño de efecto pequeño para los recursos totales de la FER-R.

La FER-R presenta estudios (Alarcón, 2001; Alarcón, Wenger, Chesta, & Salvo, 2012) que dan cuenta de adecuadas características psicométricas en población infractora chilena, por lo que los índices de correlación constituyen evidencias de validez de constructo a

favor del ASSET. Si bien esta evidencia preliminar es muy favorable, se requieren más estudios (que exceden el propósito de esta investigación) para refinar estos resultados en función, por ejemplo, de las subescalas.

Para aportar mayor evidencia de validez de constructo, se exponen las correlaciones entre los puntajes totales del ASSET de seguimiento un año después del egreso de MST "Seg[110]" y los riesgos y recursos totales de la FER-R en la cuarta medida de seguimiento de la intervención MST "T4".

Tabla 58. Análisis de convergencia FER-R "T4" y ASSET "Seg". Correlaciones r de Pearson

	Riesgos Totales FER-R "T4"	Recursos Totales FER-R "T4"
Puntaje ASSET "Seg"	,69	-,62
Sig. (bilateral)	,00*	,00*
N	57	57

Al igual que en el caso anterior, las correlaciones son estadísticamente significativas (p<,01), con tamaños de efecto grandes entre la medida de seguimiento del ASSET y los riesgos y recursos totales de la FER-R "T4", observándose nuevamente correlación negativa en el caso de los recursos, lo que refuerza el resultado anterior, siendo también teóricamente consistente.

Para la interpretación de los niveles de riesgo en las puntuaciones del ASSET se usan valores teóricos que permiten la calificación de riesgo *bajo*, *medio* y *alto*. Dado que se obtuvo evidencias consistentes de validez convergente de las puntuaciones del ASSET con la FER-R, la que si posee puntajes de corte para cada categoría determinados con base en evidencia empírica (instrumento validado y estandarizado con adolescentes chilenos), se hicieron exploraciones sucesivas de diversas combinaciones de puntos de corte en el ASSET, usando el coeficiente de correlación para variables ordinales de Spearman; y los puntos de corte de la FER-R como "*gold standard*". La siguiente tabla muestra la mejor equivalencia lograda.

Tabla 59. Equivalencia entre categorías de riesgo ASSET y FER-R (n=121).

Puntaje	Categoría Teórica	Puntaje	Categoría FER-R	Puntaje	Mejor Categoría ASSET

[110] ASSET "pre" corresponde a la medida previa antes del ingreso al programa MST. ASSET "post" consiste en la medición realizada al egreso del programa (generalmente a semanas o un mes del egreso) y ASSET "Seg" o ASSET de "seguimiento" alude a la medición solicitada a la SPD a un año del egreso de MST coincidiendo con el tiempo (T4) del estudio prospectivo.

ASSET	ASSET (previa al estudio)	FER-R	(puntos de corte empíricos)	ASSET	para estudio MST
0	Bajo	0	Bajo	0	Bajo
1	Bajo	1	Bajo	1	Bajo
2	Bajo	2	Bajo	2	Bajo
3	Bajo	3	Bajo	3	Bajo
4	Bajo	4	Bajo	4	Bajo
5	Bajo	5	Bajo	5	Bajo
6	Bajo	6	Bajo	6	Bajo
7	Bajo	7	Bajo	7	Bajo
8	Medio	8	Bajo	8	Bajo
9	Medio	9	Bajo	9	Bajo
10	Medio	10	Bajo	10	Bajo
11	Medio	11	Bajo	11	Bajo
12	Medio	12	Medio	12	Bajo
13	Medio	13	Medio	13	Medio
14	Medio	14	Medio	14	Medio
15	Medio	15	Medio	15	Medio
16	Medio	16	Medio	16	Medio
17	Medio	17	Medio	17	Medio
18	Medio	18	Alto	18	Medio
19	Medio	19	Alto	19	Medio
20	Medio	20	Alto	20	Medio
21	Alto	21	Alto	21	Medio
22	Alto	22	Alto	22	Medio
23	Alto	23	Alto	23	Alto
24	Alto	24	Alto	24	Alto
25	Alto	25	Alto	25	Alto
26	Alto	26	Alto	26	Alto
27	Alto	27	Alto	27	Alto
28	Alto	28	Alto	28	Alto
29	Alto	29	Alto	29	Alto
30	Alto	30	Alto	30	Alto
31	Alto	31	Alto	31	Alto
32	Alto	32	Alto	32	Alto
33	Alto	33	Alto	33	Alto
34	Alto	34	Alto	34	Alto
35	Alto	35	Alto	35	Alto
36	Alto	36	Alto	36	Alto
37	Alto	37	Alto	37	Alto
38	Alto	38	Alto	38	Alto
39	Alto			39	Alto
40	Alto			40	Alto
41	Alto			41	Alto
42	Alto			42	Alto
43	Alto			43	Alto
44	Alto			44	Alto
45	Alto			45	Alto
46	Alto			46	Alto
47	Alto			47	Alto
48	Alto			48	Alto

El procedimiento exacto para obtener esta nueva valoración fue el siguiente. Primero se tomó los puntos de corte teóricos del ASSET para establecer el valor de la correlación con la FER-R (rho= 0,229, p< 0,01), luego se probó distintas opciones considerando la media y la mediana de los puntajes ASSET en cada uno de los 3 grupos clasificados según la FER-R, también se consideró la desviación típica interna de cada grupo como referencia para fijar los límites (piso y techo) de cada categoría ASSET. Así, comparativamente la combinación de puntos de corte que mejor correlaciona con la FER-R es la que fija el riesgo *bajo* entre 0

y 12 puntos; el *medio* entre 13 y 22; y el *alto* entre 23 y 48, mostrando la correlación de Spearman más alta de todas las alternativas probadas (rho= 0,392, p< 0,001).

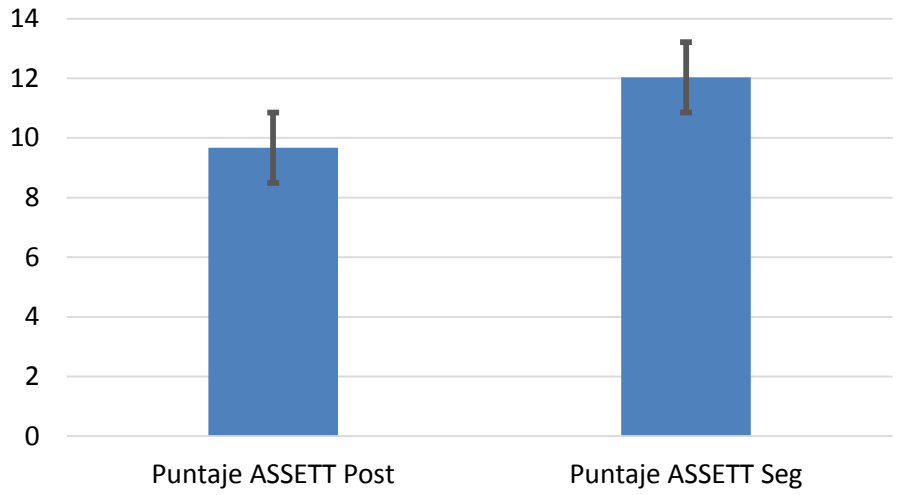
6.2.1.2 Evolución de riesgo en ASSET Previo y Posterior a MST

Para esto se llevó a cabo un análisis de diferencia de medias en mediciones ASSET posterior a la intervención y de seguimiento. Las mediciones con el ASSET de los y las jóvenes intervenidos en MST posteriores al egreso (Post) y un año después de terminado el tratamiento (Seg), revelan diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos, utilizando una prueba ***t*** para muestras relacionadas.

Tabla 60. Prueba t para muestras relacionadas con las medidas Post y Seg de ASSET.

	Media	D.T.	N	r	t	Sig.	d
Puntaje ASSET "Post"	9,67	6,64	61	,53	-2,04	,046*	,28
Puntaje ASSET "Seg"	12,03	10,63					

Gráfico 17. Diferencia de medias y desviación típica en puntaje ASSET post intervención y seguimiento



Se observa una disminución entre el puntaje promedio de la aplicación del ASSET inmediatamente posterior a la intervención MST y el de la aplicación al año de esta. Al igual que la evidencia de la FER-R, indica que hay una disminución en el nivel de riesgo de los y las jóvenes, aunque el tamaño de efecto (d= ,28) es pequeño. Como no hay mediciones T2 y T3, no es posible observar si se da la curva explicada en la sección anterior.

Para evaluar el impacto de la intervención con MST, observando la evolución de los riesgos totales medidos con ASSET se realizó un ANOVA de medidas repetidas para ASSET en mediciones pre y post tratamiento y de seguimiento, mediante el cual se comparó las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones pre y post tratamiento y de seguimiento con un ANOVA de medidas repetidas. El número de sujetos para este análisis fue de 61, y los estadísticos descriptivos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 61. Estadísticos descriptivos de riesgos ASSET en las tres mediciones realizadas (n=61).

	Media	Desviación típica
Riesgos Totales ASSET Pre	24,52	3,96
Riesgos Totales ASSET Post	9,67	6,64
Riesgos Totales ASSET Seg	12,03	10,63

En los contrastes multivariados, el lambda de Wilks (λ= .171, $F_{(2, 59)}$ = 142.65, p< .001, η^2_p= .83) nos indica que podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y concluir que existe diferencia entre las medias de las tres evaluaciones. Los demás contrastes (Traza de Pillai, Traza de Hotelling y la Raíz Mayor de Roy) también presentan p< .001 aportando mayor evidencia para lo afirmado en relación con el lambda.

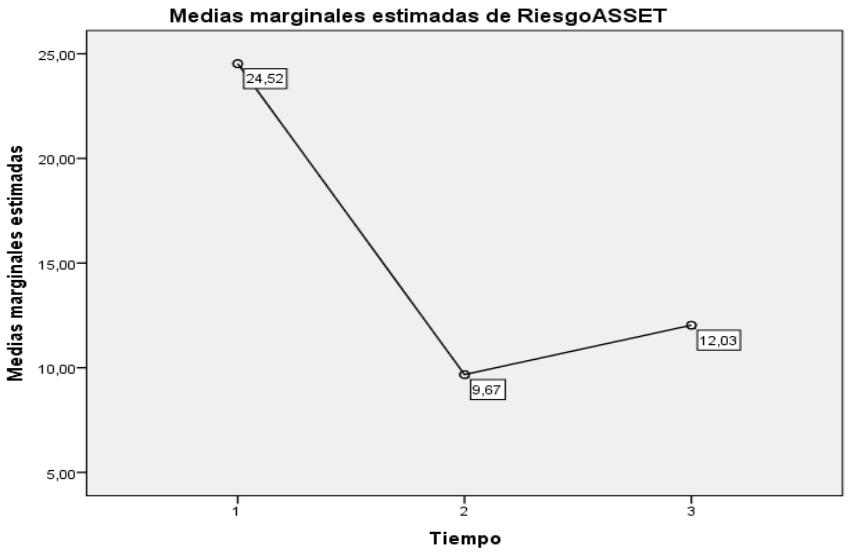
La prueba de Mauchly indica que se viola el supuesto de esfericidad de la prueba (W= .89, ($\chi2_{(2)}$ = 6.85, p= .03)), por lo que los grados de libertad se corrigen usando las estimaciones de Esfericidad (ε= .90) de Greenhouse-Geisser. El efecto principal, con la corrección, indicaría una diferencia significativa con tamaño de efecto grande $F_{(1.80, 108.15)}$= 106.81, p< .001, η^2_p= .64.

Las pruebas de contrastes intra-sujetos nos muestran que existe una diferencia significativa entre el ASSET Pre y ASSET Post ($F_{(1, 60)}$= 275.21, p< .001, η^2_p= .82) con tamaño de efecto grande; y entre el ASSET Post y el ASSET Seg ($F_{(1, 60)}$= 4.15, p= .046, η^2_p= .065), pero con tamaño de efecto mediano. Adicionalmente al revisar las comparaciones por pares de las medias marginales estimadas observamos diferencias significativas entre los ASSET Pre y Seg (p< .001) pero no entre ASSET Post y Seg (p= .14).

En resumen, se ve que desde el ingreso de los jóvenes a la intervención MST (ASSET Pre) hasta su egreso, existe una disminución significativa en el riesgo (ASSET Post), la que se mantiene en la reevaluación (ASSET Seg); y aun cuando el impacto de la intervención comienza a declinar al año de egreso (ASSET Seg), aumentando el riesgo, este incremento

no resulta significativo, por lo que se puede afirmar que el efecto inicial se mantiene, tal como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 18. Evolución de medias de riesgo ASSET en las mediciones pre, post y seguimiento (n=61).



6.2.1.3 Cambios en nivel de riesgo ASSET entre evaluación previa a MST y evaluación de seguimiento, desagregado por factores

Si bien inicialmente no se consideró y uso de las medidas de ASSET para la valoración de la evolución del riesgo de reincidencia delictiva, el análisis de validez convergente que se expuso previamente permite considerar estas puntuaciones como dato complementario para adicionar evidencia en la comprensión de la evolución del riesgo estimado, ello con las cautelas necesarias por la ausencia de estudios de validez y estandarización de este instrumento.

Dado que se accedió a las puntuaciones de cada uno de los 12 factores en la evaluación de derivación, previa a la intervención con MST; y en la evaluación de seguimiento que se hizo 12 meses después del egreso del tratamiento, para un total de 73 adolescentes de la muestra, fue posible realizar un análisis comparativo del cambio observado para esta sub-muestra en cada factor de modo independiente y desagregando el grupo según edad -distribuida en cuartiles- según sexo y según nivel de riesgo medido con FER-R al término del tratamiento (T1). La comparación se realizó usando pruebas ***t*** para muestras relacionadas, y aplicando el estadístico *d de Cohen* para estimar el tamaño del efecto observado en los contrastes que presentan diferencias estadísticamente significativas.

De los 12 factores que se miden con el ASSET, 10 muestran diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación de derivación “Pre” y la de seguimiento “Seg”, dando cuenta de una reducción sistemática en los indicadores de riesgo; y sólo un factor, Salud Física, no muestra cambios entre ambos momentos, lo cual es esperable (ver tabla 61).

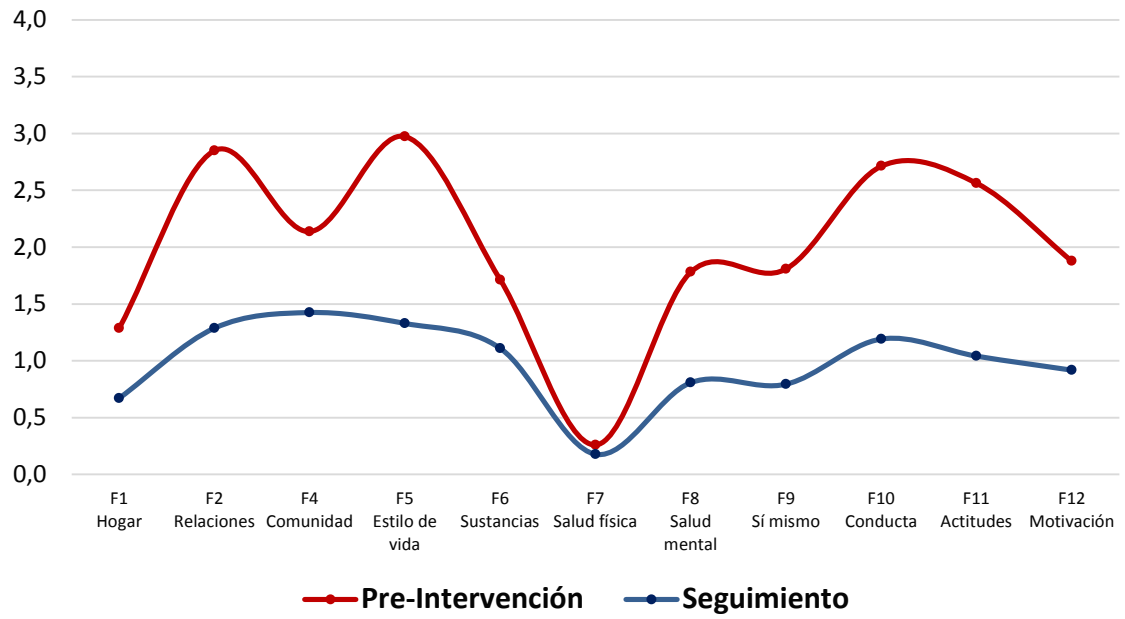
Tabla 62. Diferencias de medias y tamaños de efecto en la comparación de mediciones ASSET previa a la intervención y de seguimiento (n=73).

Variables			Media	Diferencia de medias	Sig. (bilateral)	d de Cohen
Par 1	Condiciones del hogar	"*Pre*"	1,29	-0,62	0,00	0,61
		"*Seg*"	0,67			
Par 2	Relaciones familiares y personales	"*Pre*"	2,85	-1,56	0,00	1,55
		"*Seg*"	1,29			
Par 4	Contexto comunitario	"*Pre*"	2,14	-0,71	0,00	0,66
		"*Seg*"	1,42			
Par 5	Estilo de vida	"*Pre*"	2,97	-1,64	0,00	1,43
		"*Seg*"	1,33			
Par 6	Uso de sustancias	"*Pre*"	1,71	-0,60	0,00	0,55
		"*Seg*"	1,11			
Par 7	Salud física	"*Pre*"	0,26	**-0,08**	**0,24**	**0,14**
		"*Seg*"	0,18			
Par 8	Salud mental y emocional	"*Pre*"	1,78	-0,97	0,00	0,95
		"*Seg*"	0,81			
Par 9	Percepción de sí mismo y de otros	"*Pre*"	1,81	-1,01	0,00	1,04
		"*Seg*"	0,79			
Par 10	Pensamiento y comportamiento	"*Pre*"	2,71	-1,52	0,00	1,48
		"*Seg*"	1,19			
Par 11	Actitudes hacia la comisión de delitos	"*Pre*"	2,56	-1,52	0,00	1,31
		"*Seg*"	1,04			
Par 12	Motivación al cambio	"*Pre*"	1,88	-0,96	0,00	0,86
		"*Seg*"	0,92			

Es importante señalar, sin embargo, que el factor 3, “educación y empleo”, se excluyó de este análisis dado que se encontraron distribuciones iguales en las dos mediciones, con los mismos valores en las medias y desviaciones estándar, lo que hace presumir un error de cómputo o digitación de los datos.

Gráficamente, las mediciones referidas avalan lo señalado, mostrando amplias brechas en las puntuaciones de ambos momento, tal como se ve en el gráfico 18.

Gráfico 19. Representación de brechas de cambio en las mediciones ASSET previa a la intervención y de seguimiento, diferenciado por factores (n=73).



Al desagregar este grupo en cuartiles para observar el impacto que tiene el tratamiento MST según la edad de ingreso de los adolescentes, vemos que aun cuando la diferencia es significativa en 35 de las 40 comparaciones, tiende a ser mayor en el grupo de menor edad (Q1, n=18) en donde la diferencia observada muestra un tamaño de efecto grande en 8 de los 10 factores, siendo moderado en F·1 y bajo en F·6 (uso de sustancias) factor en que sólo hay un efecto significativo en el grupo de mayor edad (Q4, n=18).

En los cuartiles intermedios (Q2, n=16 y Q3, n=20), tampoco se observan diferencias significativas en el F·6, y en Q3 también se pierde el efecto en F·1, bajando levemente el impacto en los otros factores, tal como se observa en la tabla 62.

Tabla 63. Diferencias con tamaños de efecto grande en las mediciones ASSET previa a la intervención y de seguimiento, según cuartiles de edad (n=72).

Variables		Q1 [>= 15,5]		Q2 [15,51 - 16,54]		Q3 [16,55 - 17,53]		Q4 [<= 17,54]	
		Sig. (bilateral)	d de Cohen	Sig. (bilatera)	d de Cohen	Sig. (bilatera)	d de Cohen	Sig. (bilatera)	d de Cohen
F·1	Hogar	0,12	0,49	0,04	0,61	**0,06**	0,48	0,01	0,72
F·2	Relaciones	0,00	1,44	0,00	1,32	0,00	1,66	0,00	1,49
F·4	Comunidad	0,00	0,79	0,02	0,55	0,01	0,79	**0,05**	0,45

F·5	Estilo de vida	0,00	1,18	0,00	1,29	0,00	1,89	0,00	1,30
F·6	Sustancias	**0,16**	0,33	**0,06**	0,49	**0,07**	0,59	0,02	0,78
F·8	Salud mental	0,00	1,66	0,00	1,20	0,00	0,62	0,01	0,65
F·9	Sí mismo	0,00	1,63	0,00	1,14	0,00	0,87	0,00	0,74
F·10	Conducta	0,00	1,27	0,00	1,26	0,00	1,55	0,00	1,57
F·11	Actitudes	0,00	1,32	0,00	0,94	0,00	1,45	0,00	1,14
F·12	Motivación	0,02	0,82	0,04	0,47	0,00	1,11	0,00	0,82

Nota: En celeste se resaltan los valores de tamaño de efecto grande

En la comparación según sexo, se observa que las mujeres, el tratamiento MST tiene efecto grande en todos los factores siendo mayor que para los hombres (ver tabla 63).

Tabla 64. Diferencias con tamaños de efecto grande en las mediciones ASSET previa a la intervención y de seguimiento, según sexo (n=73).

Variables		Sexo Femenino		Sexo Masculino	
		Sig. (bilateral)	d de Cohen	Sig. (bilateral)	d de Cohen
F·1	Hogar	0,00	1,52	0,00	0,46
F·2	Relaciones	0,00	1,79	0,00	1,45
F·4	Comunidad	0,00	0,86	0,00	0,60
F·5	Estilo de vida	0,00	2,34	0,00	1,27
F·6	Sustancias	0,00	1,64	0,02	0,36
F·8	Salud mental	0,00	1,36	0,00	0,84
F·9	Sí mismo	0,00	1,61	0,00	0,93
F·10	Conducta	0,00	2,42	0,00	1,30
F·11	Actitudes	0,00	2,03	0,00	1,14
F·12	Motivación	0,00	1,65	0,00	0,71

Por último, en el contraste según el nivel de riesgo observado al término del tratamiento (ver tabla 64), se puede afirmar que a mayor riesgo, menor efecto generalizado, pues en el riesgo alto se observan 5 factores sin diferencias estadísticamente significativas (F·1, F·4, F·6, F·7 y F·12), sin embargo se mantiene el efecto grande en los otros 5 factores, que son aquellos en los que el modelo MST desarrolla más acciones.

Tabla 65. Diferencias con tamaños de efecto grande en las mediciones ASSET previa a la intervención y de seguimiento, según nivel de riesgo al egreso de MST (n=73).

Variables	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto

		Sig. (bilateral)	d de Cohen	Sig. (bilateral)	d de Cohen	Sig. (bilateral)	d de Cohen
F·1	Hogar	0,00	0,77	0,01	0,52	**0,24**	0,51
F·2	Relaciones	0,00	1,90	0,00	1,68	0,03	0,81
F·4	Comunidad	0,00	0,58	0,00	0,70	**0,06**	0,76
F·5	Estilo de vida	0,00	1,53	0,00	1,54	0,01	1,53
F·6	Sustancias	0,00	0,68	0,01	0,55	**0,24**	0,48
F·8	Salud mental	0,00	0,86	0,00	1,45	0,09	0,47
F·9	Sí mismo	0,00	1,12	0,00	1,18	0,02	1,06
F·10	Conducta	0,00	2,20	0,00	1,48	0,04	0,90
F·11	Actitudes	0,00	1,71	0,00	1,22	0,01	1,26
F·12	Motivación	0,00	1,03	0,00	0,96	**0,17**	0,46

En conclusión, la diferencia existente entre la medición pre y la de seguimiento se mantiene en 10 de los 11 factores evaluados (dejando fuera educación), sólo se mantiene constante el factor de salud física (F·7), por lo que se puede afirmar que en ello no tiene impacto MST

Hay 4 factores cuya baja es significativa en el seguimiento, con tamaños de efecto grande y en todas las observaciones realizadas según edad, sexo y nivel de riesgo, estos son: Relaciones Familiares (F·2), estilo de vida (F·5), pensamiento y comportamiento (F·10) y actitudes hacia la comisión de delitos (F·11). Eso significa que es en esas dimensiones donde se produce el mayor impacto de la intervención de MST, lo que es muy consistente con el modelo y con los resultados previamente informados en el prospectivo.

El análisis por sexo muestra que en las mujeres el impacto es aún mayor que en los hombres, mostrando diferencias significativas en los 10 factores en que se aprecia cambio y con tamaños de efecto grande en todos ellos. Esto significa que MST es más efectivo aún en la intervención con mujeres, lo que también es consistente con el modelo y posiblemente recoja matices culturales propios.

Por último, el efecto observado en la reducción del consumo de drogas es sólo para el cuartil de mayor edad, con tamaño de efecto moderado, lo que refuerza lo ya informado en el estudio prospectivo.

6.2.1.4 Evolución de riesgos en FER-R y ASSET, posteriores al egreso de MST

Para comparar los puntajes de Riesgos Totales de la FER-R en los 4 tiempos de medición posteriores al término de la intervención MST, se utilizó un ANOVA de medidas repetidas. En esta comparación se incluye a 103 jóvenes que poseen valoración del instrumento en los 4 momentos. Se observa disminución de las medias desde el T1 (al egreso de la intervención) al T2 (a los 3 meses) y al T3 (a los 6 meses) y luego un aumento en el T4 (al año) sin alcanzar el puntaje promedio original.

Tabla 66. Estadísticos descriptivos de riesgos FER-R en los cuatro tiempos de seguimiento (n=103).

	Media	Desviación típica
Riesgos Totales T1	10,34	6,29
Riesgos Totales T2	8,72	5,89
Riesgos Totales T3	8,69	6,19
Riesgos Totales T4	9,52	6,08

En los contrastes multivariados el lambda de Wilks (λ= .829, $F_{(3,100)}$= 6.88, p< .001, η^2_p= .171) nos indica que podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y concluir que existe diferencia entre las medias de los cuatro momentos temporales. Los demás contrastes (Traza de Pillai, Traza de Hotelling y la Raíz Mayor de Roy) también presentan p< .001 aportando mayor evidencia a lo afirmado en relación con la lambda.

La prueba de Mauchly indica que se viola el supuesto de esfericidad de la prueba (W= .66, ($\chi^2_{(5)}$= 42.64, p< .001), razón por lo que los grados de libertad se corrigen usando las estimaciones de Esfericidad (ε= .80) de Greenhouse-Geisser. El efecto principal con la corrección indicaría una diferencia significativa con tamaño de efecto pequeño ($F_{(2.39, 243.75)}$ = 5.66, p= .002, η^2_p = .053).

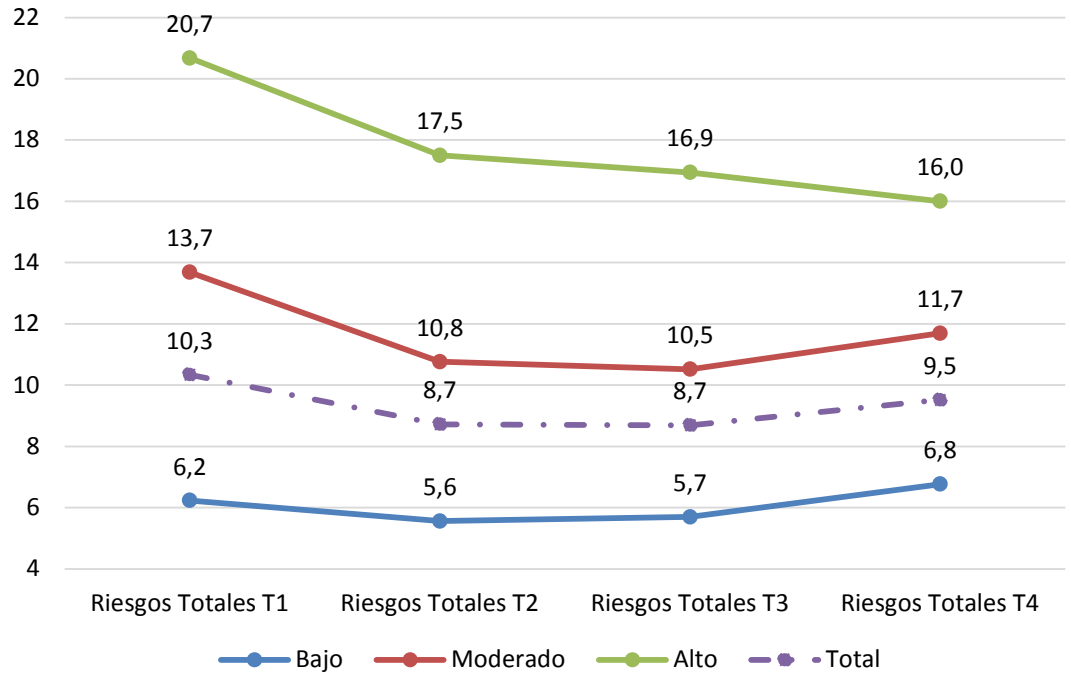
Las pruebas de contrastes intra-sujetos nos muestran que existe una diferencia significativa y grande entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2 $F_{(1, 102)}$= 16.9, p< .001, η^2_p= .14; no existen diferencias significativas entre los tiempos 2 y 3 (p= .94) ni entre 3 y 4 (p= ,06). Adicionalmente al revisar las comparaciones por pares de las medias marginales estimadas observamos diferencias significativas entre los tiempos 1 y 2 (p< .001) y entre 1 y 3 (p= 0.02).

En resumen, como se puede apreciar gráficamente en la figuras 2, se observa que el impacto de la intervención logrado con MST en la reducción de riesgos, se amplifica desde el egreso de los jóvenes del programa (Tiempo 1), evidenciando disminución progresiva de los riesgos totales en FER-R, en la reevaluación a los 3 meses (Tiempo 2) y a los 6 meses (Tiempo 3), lo que indica que el modelo de intervención proyecta su efecto más allá del término del tratamiento; sin embargo, su impacto comienza a declinar al año de egreso (Tiempo 4) incrementándose el puntaje de riesgo total en la FER-R a un valor similar (sin diferencia estadísticamente significativa) al observado en la primera medición, al momento del egreso (Tiempo 1), pero sin perder el efecto inicial.

Gráfico 20. Evolución de medias de riesgos totales en FER-R entre T1 y T4 (n=103).

No obstante, al dividir a los NNA egresados del programa en base a niveles de riesgo: bajo, moderado y alto, según la clasificación de puntajes de la FER-R, la evolución en cada uno de los tiempos de medición es que tienden a mantenerse en las categorías en las cuales se clasificó al egreso (T1). El riesgo bajo tiende a mantenerse y evoluciona a T4 con una pequeña elevación, no obstante, dado que la mayoría de los casos medidos posteriores al egreso de MST se encuentra en esta categoría (60%), este leve aumento del grupo de riesgo bajo hace subir el promedio global observado en la prueba anterior, por otra parte, el riesgo moderado (27%) tiende a bajar, pero la reducción más pronunciada está en el riesgo alto (13%). A continuación, se muestra la evolución total por niveles de riesgo y se contrasta con la evolución promedio total de estos.

Gráfico 21. Relación entre mediciones de T1 a T4 y nivel de riesgo en FER-R (n=103)



Lo importante de este hallazgo es que el impacto de la intervención de MST, medido de forma inmediata al egreso, demuestra una baja significativa en todos los casos intervenidos, pero con un efecto diferenciado entre ellos, cuya causa no es posible de establecer con los actuales datos disponibles.

En este sentido, lo que sí se puede fundamentar, es que la evolución posterior del riesgo total medido con FER-R en los tres grupos, también es diferente, mostrando un efecto residual diferenciado al interior de cada uno de ellos. De este modo, en el grupo que al término de la intervención es evaluado con riesgo bajo, aun cuando varían las puntuaciones a través del tiempo, estas no constituyen diferencias significativas estadísticamente, manteniéndose siempre en un nivel de riesgo bajo. El grupo que al término de la intervención es valorado con riesgo medio, muestra amplificación del efecto de la intervención en el T2 y T3, produciéndose una reducción estadísticamente significativa del riesgo de reincidencia medido con FER-R, sin embargo, este efecto comienza a perderse en el T4, pero sin que este incremento resulte estadísticamente significativo.

Por último, en el grupo que al finalizar la intervención ha mostrado la menor reducción de riesgo, siendo valorado en riesgo alto con FER-R, el efecto de la intervención se amplifica

progresivamente, llegando a nivel de riesgo moderado en el T2, con reducción estadísticamente significativa (p= 0,008); esta categoría (moderado) se mantiene hasta el T4, con reducción de 1,5 puntos reales, pero sin nuevas diferencias estadísticas. La relevancia de esto se relaciona directamente con las características del modelo MST y sus implicancias se discutirán en la sección de conclusiones del estudio.

Ahora, al analizar la reducción de los puntajes ASSET entre la evaluación previa y la posterior a MST con relación a los grupos de riesgos (bajo, moderado, alto) medidos al egreso de MST con FER-R en T1, se observa en todos los grupos una reducción estadísticamente significativa entre los puntajes ASSET pre y post intervención, con tamaño de efecto grande, aunque decrecientes como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 67. Reducción de riesgos pre y post intervención medidos con ASSET según nivel de riesgo FER-R en T1.

Riesgo FER-R en T1	N	%	T	P	d	Tamaño efecto
Bajo	72	60%	13,4	0,000	3,543	Grande
Moderado	33	27%	22,6	0,000	2,033	Grande
Alto	16	13%	9,1	0,001	1,617	Grande

La concurrencia antes analizada entre ambos instrumentos, permiten instaurar una línea de base "auxiliar"[111] para variables de riesgos, en este sentido, ASSET reporta reducción de riesgos pre/post MST y FER-R muestra como evolucionaron los casos temporalmente desde el egreso hasta T4. En términos generales, se detecta un efecto reductivo considerable inmediatamente post intervención mediante ASSET, como se vio anteriormente, pasando el promedio de la muestra de 24,5 puntos (riesgo alto) a 9,6 puntos (riesgo medio en su límite inferior), por su parte FER-R logra medir a lo largo del 12 meses una mantención de estos valores sin mostrar mayores cambios, salvo en la categorías de alto riesgo donde el efecto de intervención se amplifica de manera más acentuada, aun cuando esto se dé solo en el 13% de los casos evaluados.

Por último, en este apartado, al analizar las diferencias en riesgos y recursos en la FER-R entre diferentes grupos de seguimiento considerando que la atrición muestral en el

[111] Dado las características del estudio prospectivo de seguimiento de casos post egreso, la medición previa a MST de ASSET permite tener algunos indicadores previos que no constituyen una línea de base como tal en sentido estricto para el presente diseño de investigación, no obstante, si permiten bajo ciertos supuestos hacer comparaciones de datos concurrentes y mostrar tendencias y correlaciones que son coherentes con las mediciones en las otras áreas de este estudio.

tiempo 4 de seguimiento alcanzó un total de 64 casos de los 171 evaluados en el tiempo 1 (37%), se comparó el grupo evaluado sólo en la primera medición (T1) con el grupo que tuvo seguimiento completo (T1 y T4) en los diferentes factores de riesgo y recursos medidos con la FER-R y usando las puntuaciones obtenidas en la primera medición, para determinar si la dificultad de seguimiento derivaba de mayores riegos dinámicos. Para ello se utiliza una prueba ***t*** para muestras independientes; y los resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 68. Prueba t **para muestras independientes con las medidas de riesgo y recursos FER-R.**

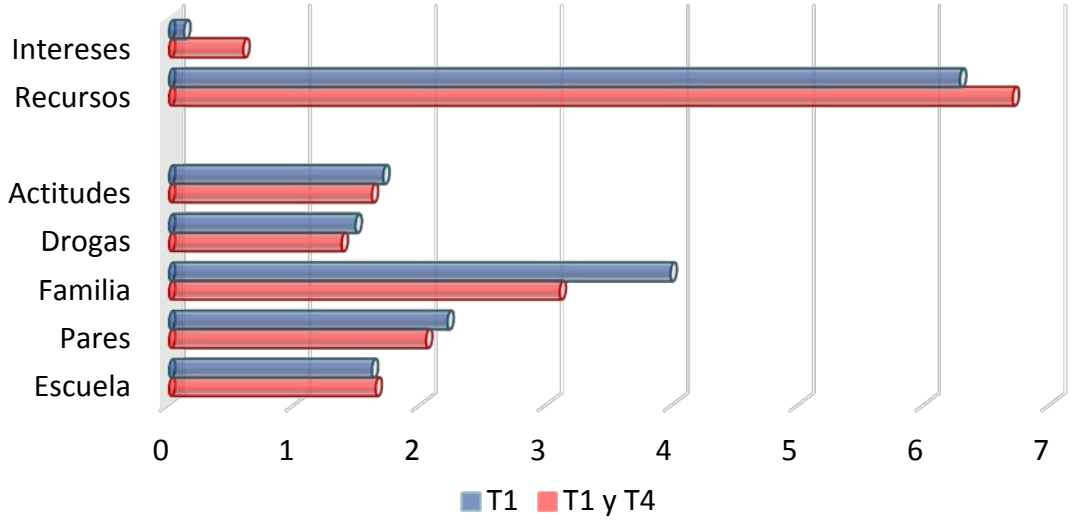
	Tipo de Seguimiento	Media	D.T.	N	Sig.	d
Riesgo escolar	T1	1,61	1,68	64	,89	,022
	T1 y T4	1,64	1,59	107		
Desenganche escolar	T1	,73	,81	63	,80	,041
	T1 y T4	,76	,85	106		
Problemas conducta escolar	T1	,92	1,32	62	,84	,032
	T1 y T4	,96	1,20	99		
Relación con pares	T1	2,21	1,28	62	,41	,134
	T1 y T4	2,04	1,29	105		
Riesgo familiar	T1	3,98	2,84	64	,04*	,320
	T1 y T4	3,10	2,67	107		
Débil supervisión	T1	1,95	1,61	64	,06	,295
	T1 y T4	1,49	1,56	107		
Malos tratos	T1	,85	,97	60	,30	,166
	T1 y T4	,70	,85	103		
Aprobación Delictiva	T1	1,27	1,30	62	,12	,248
	T1 y T4	,97	1,15	104		
Drogas	T1	1,48	1,66	61	,66	,073
	T1 y T4	1,37	1,37	104		
Actitudes manifiestas	T1	1,70	1,15	60	,64	,076
	T1 y T4	1,61	1,21	105		
Recursos protectores	T1	6,28	3,16	64	,38	,139
	T1 y T4	6,70	2,85	106		

Competencias cognitivas	T1	3,84	2,15	63	,31	,159
	T1 y T4	4,16	1,81	102		
Intereses	T1	,12	1,17	57	,02*	,404
	T1 y T4	,59	1,14	102		
Recursos Totales	T1	6,39	3,45	64	,10	,261
	T1 y T4	7,26	3,23	106		

Si bien el grupo con seguimiento completo (T1 y T4) exhibe puntuaciones menores en casi todos los factores de riesgo dinámico, salvo riesgo escolar, respecto del grupo con seguimiento sólo al inicio (T1), esta diferencia es estadísticamente significativa sólo en el riesgo familiar y con tamaño de efecto pequeño. Por el contrario, en la medición de recursos la tendencia se invierte, pero sólo es estadísticamente significativa la diferencia en intereses, y también con tamaño de efecto pequeño, como puede apreciarse en la figura 8.

Esto permite plantear como hipótesis que la intervención con MST tendría como variables moderadoras el nivel de riesgo familiar y los intereses prosociales de los jóvenes, afectando ambos la mantención de los cambios, la primera en sentido negativo y la segunda en sentido positivo, en términos concretos impactar positivamente en la disminución de riesgos a nivel familiar y aumentar los recursos e interés del joven permitiría lograr cambios efectivos mediante el tratamiento de MST.

Gráfico 22. Diferencia de medias en recursos y riesgos de FER-R entre grupos de seguimiento distintos



6.2.1.5 Evolución de recursos en FER-R, posteriores al egreso de MST

Se comparan los recursos totales evaluados con la FER-R entre los 4 tiempo de seguimiento, utilizando un ANOVA de medidas repetidas. El número de sujetos corresponde a 102. Las medias y desviaciones tópicas del grupo en cada momento se reportan a continuación.

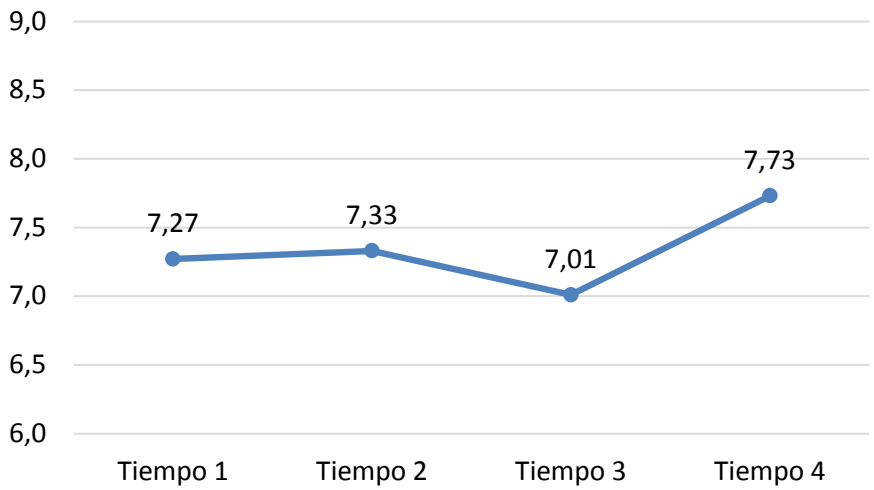
Tabla 69. Estadísticos descriptivos de recursos FER-R en los 4 tiempos de seguimiento (n=103).

	Media	Desviación típica
Recursos Totales T1	7,27	6,29
Recursos Totales T2	7,33	5,89
Recursos Totales T3	7,01	6,19
Recursos Totales T4	7,73	6,08

En los contrastes multivariados el lambda de Wilks (λ= .933, $F_{(3, 99)}$= 2.36, p= .077, η^2_p= .067) nos indica que podemos aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias y concluir que no existe diferencia entre las medias de los cuatro tiempos de evaluación. Los demás contrastes (Traza de Pillai, Traza de Hotelling y la Raíz Mayor de Roy) también presentan p= .077 por lo que dan evidencia de lo afirmado en relación con la lambda.

La prueba de Mauchly indica que se viola el supuesto de esfericidad de la prueba (W= .62, ($\chi^2_{(5)}$= 47.13, p< .001), por lo que los grados de libertad se corrigen usando las estimaciones de Esfericidad (ε= .77) de Greenhouse-Geisser. El efecto principal con la corrección indicaría que no hay una diferencia significativa $F_{(2.33, 235.19)}$= 2.22, p= .102, η^2_p = .022.

Gráfico 23. Evolución de medias de recursos FER-R en los 4 tiempos de seguimiento (n=102).



En síntesis, no se observa efecto de la intervención de MST en los recursos de adaptación generales de los y las jóvenes. Es decir, el tratamiento es efectivo en la reducción de riesgos, pero no muestra evidencia para respaldar el fortalecimiento o desarrollo de recursos de adaptación que favorezcan la intervención social. Este resultado es explicable en tanto el modelo de intervención no prioriza el trabajo con el joven, sus intereses o recursos de adaptación, si bien existe trabajo individual en algunos casos, no es una orientación general del modelo MST, dado que el acento esta puesto en el empoderamiento de los adultos cuidadores.

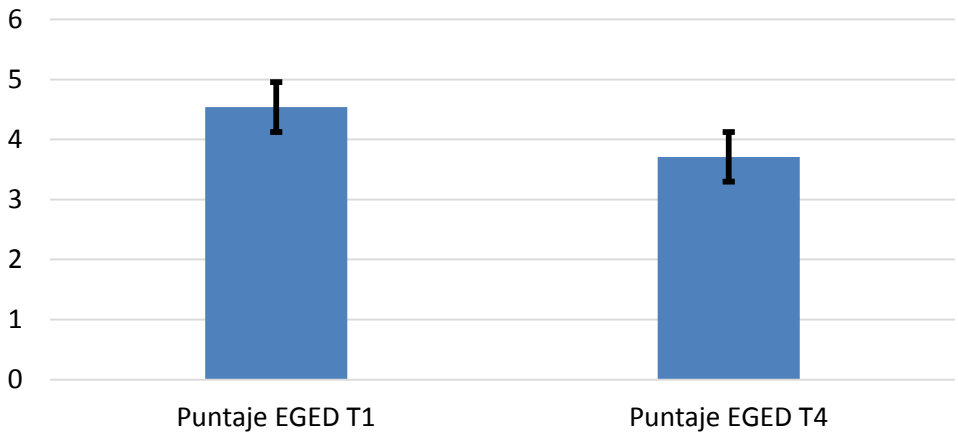
6.2.1.6 Enganche Delictivo de la Muestra (EGED)

La EGED es un instrumento que permite evaluar el compromiso delictual, mide en una escala continua de 12 puntos, el nivel de enganche delictivo, aportando un criterio empírico para la diferenciación entre delincuencia persistente y transitoria (Alarcón et al., 2014), para ello se usan los 3 puntos como puntaje de corte; las mediciones con EGED, posteriores al egreso de MST, fueron realizadas en el T1 y T4, marcando en ambas ocasiones puntajes promedio superiores a 3, por lo que estaríamos ante una muestra en que predomina la delincuencia persistente. Sin embargo, tal como se aprecia en las siguientes tabla y gráfico, la diferencia entre ambas medidas es estadísticamente significativa, y con tamaño de efecto pequeño, ello significa reducción del compromiso delictivo un año después de haber terminado el tratamiento en el programa MST.

Tabla 70. Prueba t para muestras relacionadas con las medidas EGED en T1 y T4.

	Media	DT.	N	R	t	Sig.	d
Puntaje EGED T1	4,54	3,66	41	,81	2,43	,019*	,39
Puntaje EGED T4	3,71	3,20					

Gráfico 24. Diferencia de medias y desviación típica en puntaje EGED de T1 y T4



6.2.1.7 Consumo problemático de alcohol y drogas

El análisis de consumo de drogas de la muestra del estudio prospectivo consistió en el análisis del instrumento DEP-ADO, entre T1 y T4 estableciendo las diferencias promedios entre los distintos tiempos, además de la identificación del rango de clasificación de la muestra a lo largo de las mediciones (en base al sistema de clasificación en verde, amarillo y rojo). DEP-ADO permite determinar la frecuencia y tipo de consumo de alcohol y drogas en adolescentes, así como las consecuencias del mismo (Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron, & Brunelle, 2004; Molina, 2009, Wenger, Pérez-Luco, Alarcón, Chesta, Zambrano & Alarcón, 2017). Las evaluaciones con el DEP-ADO posteriores al egreso de los y las jóvenes de la intervención MST fueron realizadas en el T1 y T4 y la comparación de medias se hizo con la prueba t para muestras relacionadas. Las puntuaciones promedio registradas no difieren significativamente en el puntaje total ni en los factores de alcohol, drogas y consecuencias; y tal como se muestra a continuación, sólo se observa una diferencia estadísticamente significativa en el factor consumo de marihuana en el que la puntuación sube con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 71. Prueba t para muestras relacionadas con las medidas de DEP-ADO en T1 y T4.

	Media	DT.	N	R	t	Sig.	d
T1 Puntaje Total DEPADO	19,58	10,11	66	,565	-,099	,922	,012
T4 Puntaje Total DEPADO	19,68	8,34					
T1 Puntaje Factor Alcohol	5,74	3,08	66	,560	-,760	,450	,065
T4 Puntaje Factor Alcohol	6,00	2,76					
T1 Puntaje Factor Marihuana	5,82	3,23	66	,720	-2,19	,031*	,272
T4 Puntaje Factor Marihuana	6,45	3,03					
T1 Puntaje Factor Drogas	4,59	3,38	66	,293	,594	,555	,075
T4 Puntaje Factor Drogas	4,33	2,39					
T1 Puntaje Factor Consecuencias	3,42	2,84	66	,492	1,565	,122	,193
T4 Puntaje Factor Consecuencias	2,89	2,61					

Gráfico 25: Diferencia de medias y desviación típica en puntaje total del DEP-ADO entre T1 y T4

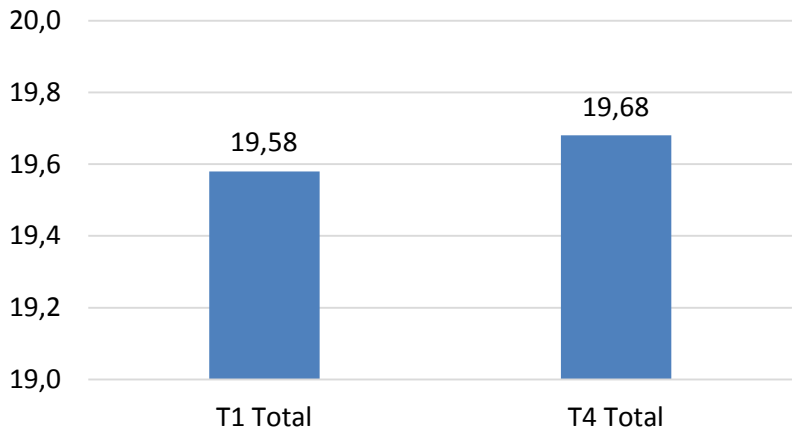
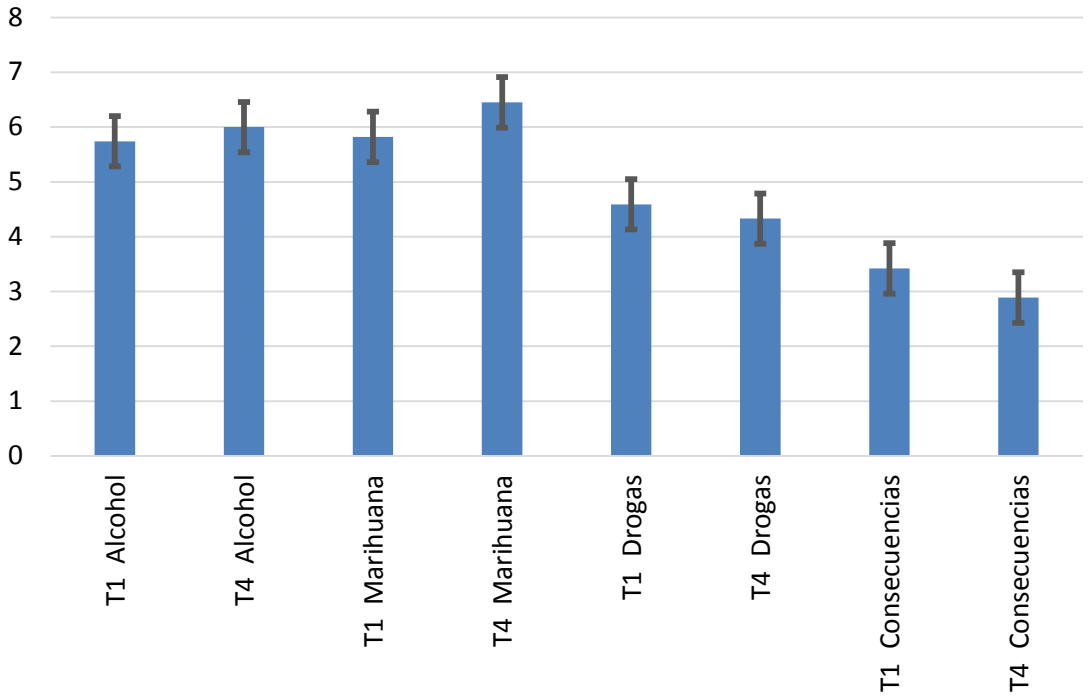


Gráfico 26: Diferencia de medias y desviación típica en los factores del DEP-ADO entre T1 y T4



Asimismo, para exponer de manera detallada los resultados obtenidos en este instrumento, se realizó la diferenciación de la muestra de acuerdo con los niveles que contempla la guía DEP-ADO, que clasifica en "verde", "amarillo" y "rojo" relacionados a niveles de ingesta, habitualidad y necesariedad de intervención en drogas.

Para esto se llevó a cabo la prueba de Wilcoxon, la cual arroja que los casos que tienen bajo y moderado consumo suben su nivel de ingesta y los que tienen alto consumo presentan una baja muy reducida, no obstante, estas diferencias no son significativas salvo en los casos que clasifican en "verde" al inicio en T1, donde existen diferencias significativas de aumento de riesgo, pero muy pequeñas con un tamaño de efecto reducido, pero dado que solo son 6 casos, no es factible hacer atribuciones fundamentadas pudiéndose explicar dichos resultados por factores de desarrollo adolescente.

Tabla 72. Diferenciación de los consumos medidos en la muestra de acuerdo con las categorías del instrumento

Niveles de ingesta DEP-ADO	Nivel	T1 Puntaje Total DEPADO	T4 Puntaje Total DEPADO

Semáforo DEP-ADO T1	Verde	,75	10,00
	Amarillo	5,75	16,00
	Rojo	22,12	20,89

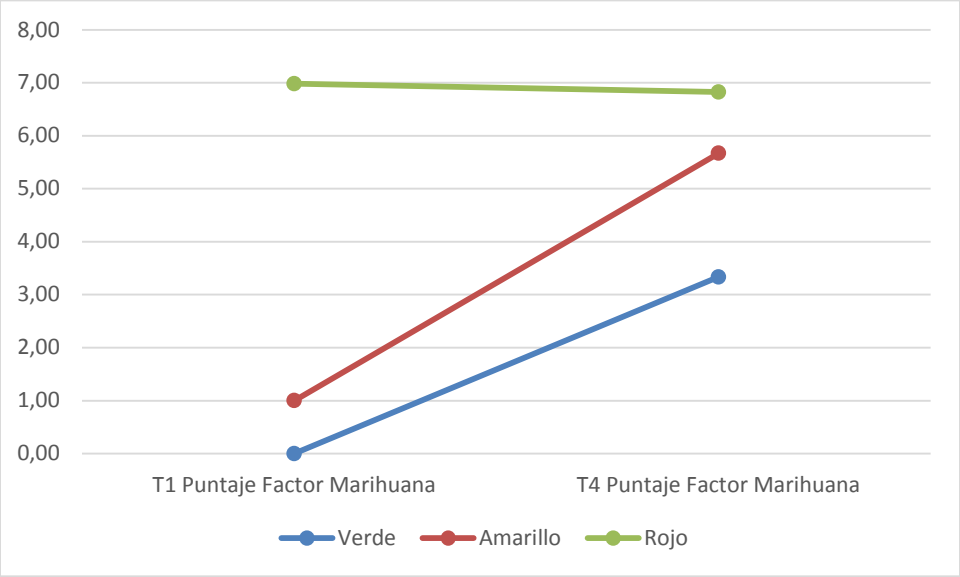
Para el caso de la ingesta de marihuana, como se evidenció previamente, existe una diferencia estadísticamente significativa en este factor entre la medición inicial T1 y la medición final T4 donde sube la puntuación, pero con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 73. Diferenciación del consumo de marihuana medido en la muestra DEP-ADO

DEP-ADO factor consumo de marihuana	Nivel	T1 Puntaje Factor Marihuana	T4 Puntaje Factor Marihuana
Semáforo DEP-ADO T1	Verde	0,00	3,33
	Amarillo	1,00	5,67
	Rojo	6,98	6,82

En la siguiente figura se muestra esto en términos gráficos, cómo evoluciona este consumo de acuerdo con cada categoría:

Gráfico 27: Niveles de consumo de marihuana de acuerdo con niveles de DEP-ADO



A modo de síntesis el análisis de las escalas de drogas de los distintos instrumentos permite señalar que existe un leve aumento en el consumo entre el T1 y el T4 y si bien

este cambio en algunas instancias de medición es estadísticamente significativo, el tamaño del efecto es siempre pequeño por lo que la diferencia observada es débil.

Estos resultados donde no existe una variación a la baja en la ingesta de drogas y alcohol, esperable en términos teóricos, se podría explicar por dos razones: existe una tendencia al incremento del consumo de alcohol y drogas (particularmente marihuana) entre los jóvenes chilenos en los últimos años, hecho ya documentado por SENDA con datos de la encuesta nacional; y el hecho que la intervención de MST no tiene necesariamente como foco invariable reducir comportamientos de consumo de drogas, sino que prevenir recurrencia en la comisión de delitos, desenganche del sistema escolar y mantenimiento del joven en el hogar, aspecto analizando en profundidad en las conclusiones del estudio.

Por último, es importante informar que si bien se llevaron a cabo pruebas estadísticas relacionando el instrumento ASSET y el instrumento DEP-ADO, instancia que mostró que la escala de drogas en ASSET presenta una reducción significativa entre la medición previa a MST y el T4, no se informan, dado que el instrumento ASSET no se configura como un "screening o tamizaje" de drogas, característica que si posee DEP-ADO, por ende, a pesar de establecer correlaciones altas entre ambos instrumentos, no son factibles de interpretar. Del instrumento ASSET se podría inferir que al haber una disminución del riesgo total, existe también, por ende una reducción de puntajes en su escala de drogas entre pre y post, sin embargo, el único elemento interpretable de este hecho es que existe una baja en la asociación de ingesta de drogas en conjunto a la probabilidad de ejecutar conductas delictivas a futuro, lo cual, en consecuencia no informa si el consumo de drogas no asociado a comisión de delito (en contextos de ocio junto a pares u otras situaciones similares) disminuyó.

6.2.1.8 Variaciones de ingresos por infracciones de la muestra

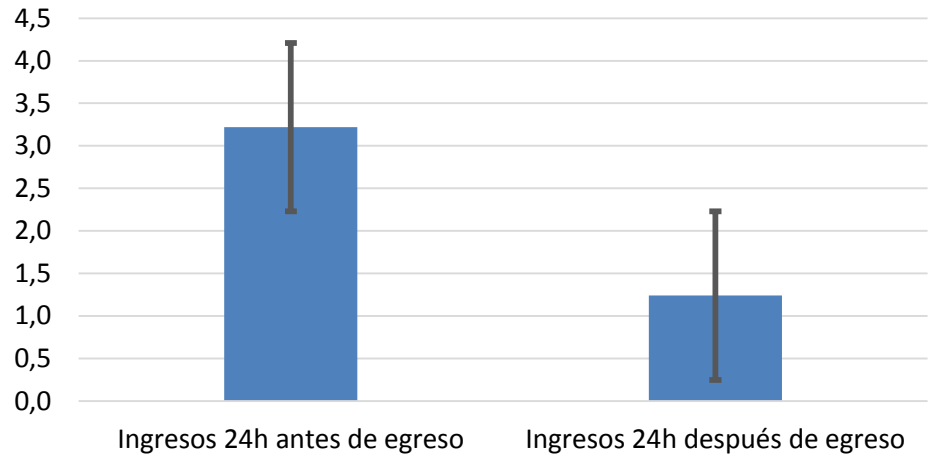
Se analizó las variaciones respecto a ingresos de la muestra total de egresados para esto se llevó a cabo una comparación pre-post egreso de MST en ingresos a 24 Horas (24H) por grupo de seguimiento.

En este análisis se comparan la cantidad de ingresos que presentan los y las jóvenes al programa 24 Horas antes y después del egreso de la intervención MST, considerando el periodo completo de seguimiento. Se usa una prueba *t* para muestras relacionadas.

Tabla 74: Prueba t para muestras relacionadas con ingresos a 24H, antes y después de MST.

	Media	D.T.	N	R	t	Sig.	d
Ingresos 24H antes **de MST**	3,22	4,04	402	,39	10,47	,00	,56
Ingresos 24H después **de MST**	1,24	2,33					

Gráfico 28. Diferencia de medias y desviación típica en ingresos a 24H antes y después de MST



Los resultados de la prueba permiten reportar una disminución estadísticamente significativa en el número de ingresos promedio al programa 24 Horas posteriores al término de la intervención con MST, respecto al promedio previo al egreso, con tamaño de efecto mediano (d= ,56).

6.2.1.8.1 Comparación en sanciones Sename entre grupos de seguimiento (n=391).

Dado que, del total de 391 jóvenes egresados de los diferentes programas de MST que fueron parte del estudio, sólo se pudo contactar en T1 un 44% (171), y de ellos, fue posible el seguimiento hasta un año después del egreso de MST de un 63% (107); se decidió comparar el volumen de sanciones registradas en programas de Sename dividiendo la muestra total en tres grupos:

a) Sin seguimiento (n=220)
b) Con seguimiento sólo en T1 (n=64)
c) Con seguimiento en T1 y T4 (n=107)

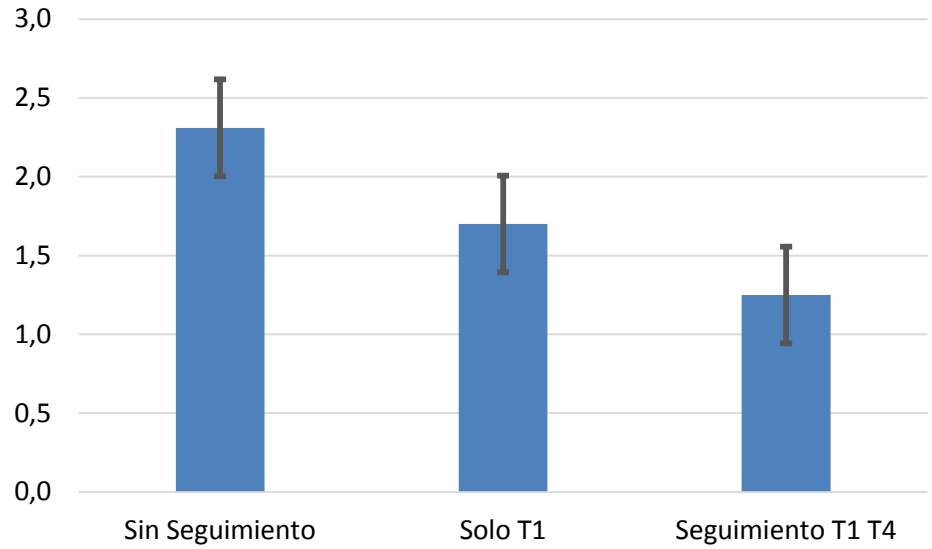
Esta configuración de grupos permite observar aparte de cómo evoluciona la muestra total de egresos si existe relación entre la mantención del comportamiento delictivo y la disposición a participar del estudio. Para determinar diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, se utiliza una prueba ANOVA de una vía, los estadísticos descriptivos se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 75. Estadísticos descriptivos de número de sanciones totales por grupo de seguimiento.

	N	Media	DT
Sin Seguimiento	220	2,31	3,96
T1	64	1,70	2,68
T1 y T4	107	1,25	1,97
Total	391	1,92	3,35

El análisis de varianza muestra una diferencia estadísticamente significativa entre el número de ingresos a programas de sanción de Sename para los tres grupos según tipo de seguimiento con F(2, 390)= 3.80, p= .02; las comparaciones post-hoc usando la prueba de Games-Howell indican que los ingresos promedio para el grupo sin seguimiento son significativamente diferentes del grupo de seguimiento T1 T4 con un p= .004.

Gráfico 29. Diferencia de medias y desviación típica en sanciones por grupo de seguimiento



Este resultado confirma la presunción de mayor reincidencia delictiva dentro del grupo que no fue posible contactar para realizar el seguimiento, con una media de 2,3 sanciones, a diferencia del grupo cuyo seguimiento fue posible hasta el final en que se observa una media de 1,25 sanciones en total (algunas pueden haber ocurrido durante la intervención MST por delitos anteriores). Este hallazgo muestra que, si bien el programa MST impacta positivamente en la reducción de riesgos criminógenos y reduce la comisión de delitos, no necesariamente la interrumpe, mostrando un efecto diferencial, cuyas variables a la base deben ser determinadas.

6.2.1.9 Diferencias según sexo y edad

Dado que sexo y edad son variables de interés en el tramo etario revisado, se usan pruebas ***t*** para muestras independientes con el fin de comparar los puntajes de riesgos y recursos de la FER-R en estas dos variables, con la finalidad de estudiar su rol en los resultados obtenidos con el Programa MST en los distintos momentos del seguimiento.

Primero se analiza la variable sexo en los cuatro momentos de evaluación, observándose que de modo sistemático y en todo momento las mujeres puntúan más alto en recursos y más bajo en riesgos; empero y como puede verse en las siguientes tabla y gráfico, esta diferencia es estadísticamente significativa sólo en los riesgos totales un año después de terminada la intervención (T4) y con un tamaño de efecto pequeño. Esto puede interpretarse como un proceso madurativo diferencial entre mujeres y hombres.

Para realizar la comparación de edad, se dividió la muestra en cuartiles, comparando luego los grupos extremos (Q1 y Q4) en cada uno de los cuatro tiempos del seguimiento. El Q1 incluye a los adolescentes hombres y mujeres con edad de evaluación (T1) igual o menor a 15,5 años; y el Q4, a aquellos hombres y mujeres con edad en la evaluación inicial igual o superior a 17,54 años Los resultados de esta comparación se presentan en la tabla y gráfico siguientes.

Tabla 76. Prueba t para muestras independientes comparando riesgos y recursos FER-R según sexo.

	Sexo	Media	DS	N	Sig.	d
Recursos T1	Mujer	7,45	2,97	40	0,27	0,20
	Hombre	6,78	3,44	130		
Riesgos T1	Mujer	10,22	6,17	41	0,73	0,06

	Hombre	10,61	6,20	130		
Recursos T2	Mujer	7,69	2,76	32	0,22	0,25
	Hombre	6,96	3,00	108		
Riesgos T2	Mujer	8,63	5,21	32	0,93	0,02
	Hombre	8,72	6,01	108		
Recursos T3	Mujer	7,54	3,41	26	0,49	0,16
	Hombre	7,01	3,42	86		
Riesgos T3	Mujer	7,27	5,72	26	0,20	0,29
	Hombre	9,07	6,32	86		
Recursos T4	Mujer	8,63	3,22	27	0,11	0,36
	Hombre	7,40	3,53	89		
Riesgos T4	Mujer	7,52	4,34	27	0,05*	0,37
	Hombre	9,70	6,30	89		

Gráfico 30. Diferencia de medias en recursos y riesgos FER-R según sexo, durante el seguimiento

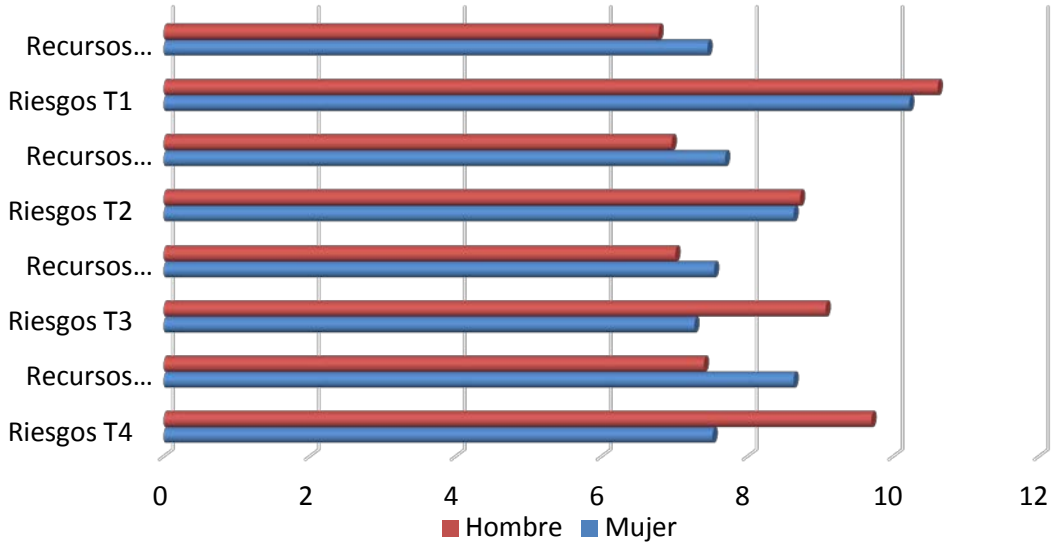
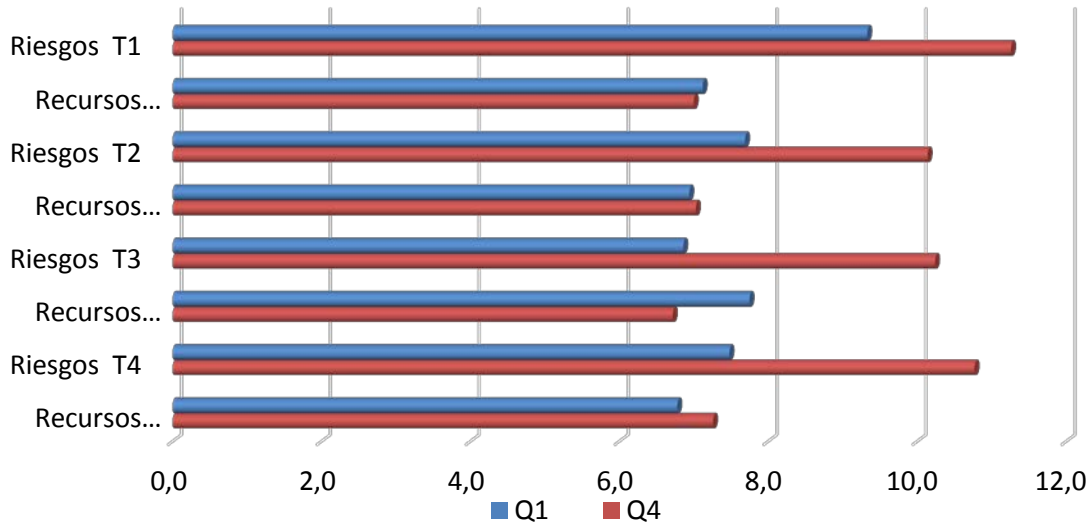


Tabla 77. Prueba t para muestras independientes comparando riesgos y recursos FER-R según edad.

	Q Edad T1	Media	DT	N	Sig.	d
Recursos T1	Q1	7,12	3,44	43	0,87	0,04
	Q4	7,00	3,23	42		
Riesgos T1	Q1	9,33	6,13	43	0,15	0,32
	Q4	11,26	6,02	42		
Recursos T2	Q1	6,94	3,17	36	0,91	0,03
	Q4	7,03	2,92	35		
Riesgos T2	Q1	7,69	5,31	36	0,08	0,42
	Q4	10,14	6,37	35		
Recursos T3	Q1	7,75	2,85	28	0,24	0,32
	Q4	6,72	3,59	29		
Riesgos T3	Q1	6,86	5,37	28	0,05*	0,53
	Q4	10,24	7,44	29		
Recursos T4	Q1	6,78	3,57	27	0,59	0,15
	Q4	7,26	3,11	31		
Riesgos T4	Q1	7,48	5,41	27	0,04*	0,56
	Q4	10,77	6,38	31		

Gráfico 31. Diferencia de medias en recursos y riesgos FER-R según edad, durante el seguimiento



La comparación de cuartiles extremos[112] de edad definidos al momento de la evaluación inicial (T1) y comparados en los cuatro tiempos de seguimiento, revela que los recursos se mantienen estables a través del tiempo con independencia de la edad, pero la edad a través del tiempo si afecta los riesgos, los que se van incrementando para cuartil de mayor edad (Q4), mostrando diferencias estadísticamente significativas y con tamaños de efecto medianos en el T3 y T4.

6.2.2 Estudio de Casos

El presente estudio de casos de índole cualitativo se integra dentro del contexto mayor de la evaluación de impacto del programa de Terapia Multisistémica y es complementario al estudio prospectivo que forma parte de la misma evaluación. En éste, se exponen y analizan las vivencias de 12 familias egresadas del programa MST, algunas de ellas fueron parte del estudio de seguimiento prospectivo y otras egresaron antes del inicio de éste. Los motivos de esta conformación aluden a ampliar el rango de vivencias posibles de obtener y facilitar el acceso a una mayor cantidad de participantes, dado la dificultad de acceder a familias que han sido entrevistadas de manera asidua.

Se entrevistaron personas de Región Metropolitana, Región de Valparaíso y de la zona sur del país y se representó la variable de género en proporción a la muestra del estudio prospectivo, con el fin de obtener un equilibrio y una adecuada representación de hombres y mujeres. Dado las características cualitativas de este estudio se buscaron intencionadamente perfiles de casos que resultaran relevantes de ser estudiados y que pudiesen dar cuenta de los cambios observados en el proceso de intervención MST. En este sentido, no se descartaron casos donde los resultados obtenidos al egreso del programa pudiesen haber mermado con el pasar del tiempo, dado que estos mismos procesos de regreso a las conductas de riesgos previas a MST dan cuenta de una mayor riqueza para el análisis de este estudio.

6.2.2.1 Resultados

Luego de analizadas las 24 entrevistas[113], emergen desde los datos cinco temas que permiten resumir la experiencia de las personas entrevistadas en virtud de su participación en una intervención de Terapia Multisistémica. En la siguiente tabla se

[112] No se reportan los cuartiles intermedios de edad Q2 y Q3, dado que al comparar la variabilidad de todos los sujetos (varianza) en estos cuartiles intermedios se pierde el efecto, por ende, no es factible reportar ningún dato relevante respecto a Q2 y Q3.
[113] Para leer la transcripción de entrevistas se debe revisar Anexo Nº 9

muestra la matriz de temas obtenidos, ordenados en virtud de: tema, subtemas y cita representativa respecto de cada subtema.

Tabla 78. Matriz de temas y subtemas.

Tema 1: "El tratamiento sirve…y mucho"		***Cita representativa***
Subtema 1a	Mejora de la comunicación familiar	*"Claro, se conversaban las cosas, se arreglaban en familia, tomando decisiones, ahora cada decisión de familia así, todos nos juntamos, las conversamos, a ver la opinión de cada uno, y antes era todo al lote, era todo revuelto, nadie se contaba nada".* [P15, Línea 38]
Subtema 1b	Nuevas estrategias de afrontamiento	*"…hemos tenido bastante mejoría en cuanto a la conducta y en cuanto a cómo enfrentar los programas, los problemas, precisamente el problema central que era problemas con P9 (NNA) que tiene con nosotros, ehh, lo enfrentamos hoy día mucho mejor porque nos recordamos que, que hay ciertas cosas que no hay que hacer y, y ciertas cosas que sí hay que hacer y, en eso eh operamos bastante bien".* [P10, Línea 31]
Subtema 1c	Fortalecimiento de lazos familiares	*"Hubo una, a ver como se le puede decir, bueno se fortaleció mucho la familia, lo otro que yo te decía, la preocupación, ehh el saber, el conocer…".* [P12, Línea 83]
Subtema 1d	Autogestión del riesgo	*"…No sé, antes tomaba y ahora no tomo; fumaba cigarro, no fumo cigarro. Y no sé, salía más pa' la calle, me juntaba más con otros locos así, salía para todos lados aquí, y ahora no po', ahora estoy en la casa; cuando salgo, salgo a este pasaje y para ningún lado más.* [P13, Línea 12]
Subtema 1e	Desarrollo de empatía	*"Pensar diferente en el sentido que yo antes pensaba que era así y así por ser, salir y salir estaba bien y no avisar estaba bien y era algo normal, y no me ponía en el lugar de nadie, y ahora no se, ya otros puntos de vista por ser, "ponte en el punto de tu mamá, tu mamá piensa en el hijo, a lo mejor si tu salí no le avisai ella se preocupa", ehh no sé, "ponte en su lugar" o cosas así, me entiende, pensar de otra forma, y también ponerse en el punto del otro."* [P3, Línea 38]
Subtema 1f	Respeto por el otro	*"Exactamente, el respeto igual, y bajo un poco la agresividad con uno, me entiende, si ella era atenta conmigo yo también tenía que ser atento con ella, y así de a poco fue cambiando, si mi papá era atento conmigo yo tenía que ser atento con él…"* [P11, Línea 53]
Tema 2: "Vínculo …la clave del éxito"		***Cita representativa***
Subtema 2a	Apoyo incondicional	*"Espectacular el apoyo de él, porque si nosotros estábamos en algún problema acudíamos a él y él estaba aquí po, él se daba su tiempo para venir, aunque sean 5 minutos, pero se lo daba, otros caballeros no se lo dan (…) si uno lo necesitaba para un problema él estaba ahí, eso es lo que uno también valora".* [P11, Línea 133]

Subtema 2b	Calidad Humana	*"Yo creo que su forma de ser, su entrega porque yo le dije a él cuándo él se fue que el aparte de ser psicólogo era una persona muy humana, lo encontré una persona muy humana. Yo creo que no pudo haberme tocado mejor psicólogo".* [P6, Línea 449]
Subtema 2c	Confianza	*"Yo creo que sí. Yo creo que si porque, aparte, la señora Psicóloga, yo creo que ella en parte como que -a ver, como te puedo decir- se había podido salir de su libreto, ya la veíamos como una amiga. Entonces, había otras cosas que conversábamos, de la familia o simplemente como había que tratar de seguir las cosas, y no se po', algo así, y con esa confianza todo era más fácil".* [P2, Línea 116]
Subtema 2d	Abrir mundo interno	*"Pero yo creo que a mí me hizo bien que ella estuviera viniendo acá. Y.… estuve harto tiempo con ella yo, me hizo bien que ella viniera porque yo también necesitaba a alguien. Muchas veces desahogarme porque, cosas -muchas veces- cosas que yo guardaba, me desahogué con ella".* [P20, Línea 6]
Tema 3: "Un tratamiento fuera de lo común"		***Cita representativa***
Subtema 3a	La comodidad del hogar	*"Bueno a mí me, desde eso que ella asistiera acá, a la casa ya, ya es una gran ventaja. No, nosotros no teníamos como movernos, o sea eso es una, una cosa que, que nos da, nos dio seguridad, facilidad y nos, y yo creo que facilitó bastante el desarrollo del programa porque esta, se hacía cada vez que, se cumplió cabalmente en los horarios, si nos hubieran puesto a nosotros un horario para ir, ir a sentarnos a una oficina o en otro lugar que no sea este seguramente no habría sido, de la forma en que fue. Entonces me pareció bien".* [P10, Línea 27]
Subtema 3b	Disponibilidad 24 / 7	*"Lo otro que podías recurrir a ellos siempre po'. Si un día, mi hermana, cuando yo supe que estaba embarazada, la primera que llame fue a la psicóloga, así como ¿Qué hago? Y me decía 'No, tranquila', fue como siempre así".* [P16, Línea 24]
Subtema 3c	Todo programado con antelación	*"La verdad a, al respecto no, no soy muy dado a, cuando me ofrecen algo no soy muy dado a, a poner condiciones, sencillamente lo acepto si me parece positivo o no lo acepto. Pero si tuviera que poner algún tipo de condiciones, sería que se cumpliera a cabalidad como se cumplió en, en ese sentido, en cuanto a los horarios, en cuanto a los, a los temas que vamos a tratar, en cuanto a las explicaciones que es lo que vamos a hacer, hacia donde vamos a apuntar y que se háyase algo, no ir un poco arreglando las cosas en el camino, sino que se cumpla un poco lo programado…".* [P10, Línea 67]
Tema 4: "Contexto extra-programa"		***Cita representativa***
Subtema 4a	Compromiso del usuario	*"…Por eso te digo el programa te va a ayudar siempre y cuando eh, la familia de afuera se quiera ayudar, es la familia que tu permites ayudar y por otra parte darte cuenta de que tu hijo no estaba bien".* [P18, Línea

		210]
Subtema 4b	Influencia de la religión	*"No, es que ya estaba aburrido de todo, él es más grande que yo y ya estaba aburrido, y un día me dice, 'oye hermano sabi que me dieron crisis de pánico, me fume unos pitos, de hecho, estoy empezando a ir a la iglesia'. Y ahí lo moleste po, pa que voy a decirle 'bueno amigo…', no po, le empecé a molestarlo y un día a mí me empezó a pasar lo mismo y empecé a ir a la iglesia yo po y… Dios me saco todo lo malo, si es Dios, yo no hice nada, si hubiese sido por mí, yo hubiese seguido siendo el mismo".* [P5, Línea 38]
Subtema 4c	La maternidad	*"Claro, o sea se le entregaba, pero el conflicto había igual, igual a veces se le entregaban las cosas, pero igual los conflictos eran igual porque ella hacia lo que quería, pero ahora no. Ir a la calle con los amigos, las amistades que tenía y ahora por el niño a lo mejor no (…) Ella vive más en familia ahora…antes era ella y ella y ella. Ahora es su hijo primero, su hijo primero".* [P24, Líneas 98-102]
Tema 5: "Todo lo bueno tiene que terminar…"		***Cita representativa***
Subtema 5a	Tiempo muy breve	*"Que durara más, más, ehh lo mismo digo yo, tenía que durar el programa más".* [P11, Línea 121]
Subtema 5b	El duelo	*"…yo con ella me sentía súper apoyada, de hecho, cuando se terminó el programa yo sentí así poco menos que ya, me sentía sola, como que no tenía apoyo de nadie. Emm, me dio mucha pena al terminar el programa, porque como te digo yo me sentía muy apoyada por ella, yo cualquier cosa que pasaba recurría a ella. Y bueno, terminó el plazo. Ella dijo que ellos igual me podían apoyar, pero ya no tanto como en un principio".* [P4, Línea 6]
Subtema 5c	Manejo de recaídas	*"…por eso te digo, las cosas que pasaron, el P11 estuvo detenido tres veces, pero ehh, uno supo enfrentar y manejar y yo creo que ese fue el resultado de todo esto po, porque si era una posibilidad que existiera, que pasara, y pasó pero se pudo, yo por lo menos pude, ehh tomarlo de una mejor forma y manejar de acordarme de lo que me decía el psicólogo, de cómo, de la forma, de las herramientas, como había que, y eso me sirvió enormemente".* [P12, Línea 121]

El Tema 1 denominado ***"El tratamiento sirve…y mucho"***, recoge la experiencia en torno a los principales beneficios observados y resaltados por los participantes, reconocidos como los resultados principales, consecuencias directas de participar en una intervención de Terapia Multisistémica. Este tema está conformado por 6 subtemas que se detallan a continuación:

La **mejora de la comunicación familiar** [1a], es señalada como uno de los resultados principales y es posible comprenderla como una mayor apertura al diálogo y a la posibilidad de compartir con el otro las propias apreciaciones respecto de fenómenos que atañen a toda la familia; en este sentido se expresa la participante 20:

> *"Eso, me ayudó a eso. Tener más confianza, no andar ocultando las cosas. No tener miedo. Ella me enseñó, me enseñó eso a mí porque yo siempre andaba con mi pareja callando, guardándome todo yo no más y nunca diciendo las cosas. Bueno -le digo yo- si se enoja, se enoja. Dice: No, pero tiene que saber las cosas".* [P20, Línea 18]

Los participantes describen una mejora sustantiva en la comunicación y funcionamiento del sistema familiar, situación que deviene en una mayor sensación de cercanía entre los miembros de ésta y que permite el desarrollo de estrategias de resolución o minimización del conflicto, aprendidas en la práctica, a partir del acompañamiento cercano de las y los terapeutas y los señalamientos que estos pudieron realizar en el contexto natural de convivencia del sistema familiar. En este sentido se expresa la participante 1:

> *"Si con mi papá, porque yo con mi papá no hablaba po', yo con mi papá era una cosa que ya cuando hablábamos era pa' puro alegar. Porque yo con mi papá no hablaba, yo con mi papá no hablaba en la casa. Era una cosa que yo ya salía en el día, como estaba mi pura mamá, yo salía y llegaba cuando llegaba él y llegaba y tomaba once y me iba a acostar. Entonces, era poco el contacto que tenía con mi papá po'. Y después que ella llegó, ya mi papá empezó a decir que él era como frio para dar cariño y todo, y después cambió todo con mi papá, después yo tenía mucha confianza con mi papá, era cosa que como mi amigo y hasta el día de hoy sigue así po".* [P1, Línea 64]

Las **nuevas estrategias de afrontamiento** [1b] son referidas a estrategias que se transforman en herramientas concretas para enfrentar las dificultades asociadas a los problemas conductuales presentados por los y las adolescentes; y se consideran efectivas para enfrentar el día a día en la vida cotidiana. Éstas se alinean con los principios del modelo MST respecto a los aspectos reforzados en términos positivos y conciencia de las consecuencias de las propias conductas, en este sentido se expresan las participantes 8 y 22:

> *"Entonces igual nos ayudó para estar más atenta, como más en contacto con los hijos, porque, bueno, nosotros acá somos así, tenemos contacto con ellos. Yo les pregunto qué les pasa, como están, si yo noto algo yo se los digo "Mira, yo noto esto*

¿Qué te pasó? ¿Esto? ¿Estoy equivocada?" Y me dicen no. Entonces era lo que yo intuía, lo que yo veía en ellos. Entonces igual nos sirvió para tener más comunión igual, el uno con el otro. Más yo porque yo soy la que más ando pendiente de que ellos, que están haciendo, que no hacen, si salen, no salen, que les pasa. Entonces, siempre ando pendiente de cómo están anímicamente, si los veo muy tristes algo le pasa. Si los veo que están muy contentos, es porque ya andan en la luna (risas)". [P8, Línea 8]

"Y yo aprendí también, cuando, por ejemplo, a los hijos se les da una pausa. Ya: que no haga esto, pero el hijo igual con sus porfías lo hace, y lo que aprendí esa parte de que al hacerlo lo que es negativo, que uno le dice "Ya, es positivo" y ellos dicen: "Negativo", las consecuencias van a estar, siempre en lo malo va a haber una consecuencia". [P22, Línea 4]

Las estrategias que se consideran más relevantes son aquellas que habilitan para ejercer una mejor supervisión del comportamiento de los y las jóvenes, junto con la posibilidad de desarrollar un modelo comprensivo del comportamiento, que permita anticipar crisis.

El **fortalecimiento de lazos familiares** [1c] hace referencia a la posibilidad que tiene el núcleo familiar de –a partir de la intervención- comenzar a compartir vivencias cotidianas que previamente no eran posibles de realizar y que tienen la connotación de permitir al grupo familiar pasar tiempo juntos, de buena calidad. Respecto de lo anterior, la participante 23 señala:

"Si, estuvo de cumpleaños mi mamá, se lo celebraron, le compraron torta, le... y eso nunca había pasado, como que cambió harto la situación". [P23, Línea 266]

Este fortalecimiento de los lazos depende de la mejora de comunicación y a la vez la refuerza, permitiendo al núcleo familiar la sensación de mayor cercanía psicológica que se constituye en la base para ejercer funciones de apoyo, soporte y supervisión.

La **Autogestión del riesgo** [1d] alude a la capacidad adquirida por las y los adolescentes de no exponerse o evitar comportamientos de riesgo que con anterioridad se constituían en la base de los problemas conductuales. En este sentido, la participante 23 señala:

"Que he cambiado, porque he cambiado harto. Ahora no me fumo ni un cigarro, ni una gota de alcohol, nada...me han ofrecido varias veces sí (…) hartas veces 'salgamos a carretear, tengo droga' y yo no lo acepto, digo que no (…) Yo creo que eso es voluntad de uno [P23, Líneas 336-340]

Uno de los elementos centrales de este subtema, es la toma de consciencia o "darse cuenta" de la influencia que juega el grupo de pares en el desarrollo de comportamientos de riesgo, como por ejemplo el consumo de sustancias, aspectos que se le otorga alta relevancia en el diseño de las metas y factores de riesgo a priorizar por MST.

El **Desarrollo de empatía** [1e] se entiende como la posibilidad de situarse en nuevas perspectivas de vida (principalmente de los padres) y desde allí comprender en mayor medida las consecuencias de su comportamiento, estableciendo así un nuevo curso de acción o tomando acciones remediales en torno a las problemáticas vivenciadas. En este sentido se expresan las participantes 19 y 6:

> *"Ya no soy tan pesá', que igual era desagradable, ahora soy más simpática. Antes era como todo yo noma, algo así, y ahora no, soy más tranquila, no ando haciendo maldad, ya no me porto mal".* [P19, Línea 92]

> *"Si, se da cuenta, se da cuenta de las cosas que pasó, hace como tres meses, un día estaba, hace dos meses y me miraba y yo le decía, 'que me mirai tanto' y se paró y me abrazó y me dijo 'mamá yo te quiero pedir perdón- llorando- sufriste tanto me dijo, yo no sé cómo te hacia esas cosas tan horribles' me dijo, 'no sé cómo pude ser tan mal hijo' me decía, porque él sabe que por todo lo que yo pase po".* [P6, Línea 355]

Esto ejemplifica los procesos de cambio desde el mundo egocentrado infantil a la conexión con el mundo circundante y de esta manera situar el propio comportamiento en perspectiva, elemento fundamental para el desarrollo de cambios conductuales.

El **Respeto por el otro** [1f] es referido a la posibilidad de, en principio contener la agresividad en el trato con el otro, para poco a poco comenzar a establecer nuevas pautas de sociabilidad que implican la internalización de normas básicas conductuales como saludar, despedirse, avisar a los padres dónde y con quién están en un momento dado, etc. La participante 19 señala:

> *"Después me llevaba bien con todos, no andaba peleando, trataba de ser como más sociable, porque de eso así no soy tanto, con las mujeres".* [P19, Línea 419]

El Tema 2 denominado ***"Vínculo…la clave del éxito"***, condensa la evaluación realizada por los participantes en torno a las características de los y las terapeutas como figuras centrales de la intervención, en el sentido que se atribuyen a éstos la responsabilidad de los logros alcanzados, más allá del reconocimiento de acciones concretas, sino más bien

desde la perspectiva de comportamientos que facilitan y motivan la continuidad del proceso de intervención y que brindan mayor credibilidad al tratamiento. Este tema se compone de 4 subtemas que se detallan a continuación:

El **Apoyo incondicional** [2a] se comprende como la disponibilidad del terapeuta para estar presente en todo momento, así como también brindar apoyo en diversas áreas de la vida que se encuentran en conflicto, se reconoce como la piedra angular sobre la que se construye el éxito de la intervención. En este sentido las participantes 18 y 6 señalan:

> *"No, todo fue bueno, me ayudó harto, me aconsejó harto, me dio hartas direcciones que no, que me pudieron ayudar también a cómo, como se llama, cosas que yo no veía que ella pudo detectar de inmediatamente, te digo eh que harto apoyo, eh fue muy buena su colega…".* [P18, Línea 2]

> *"Yo me sentí muy apoyada toda la terapia de él, toda la terapia me sentí apoyada porque conversaba con él, le decía 'sabe que pasó esto con el P5', y él me hablaba por teléfono, cuando le dieron las crisis de pánico (…) una vez lo llamo, por teléfono lo calmaba, 'teni que ser… respirar así, asa', le enseñó algo con la respiración para poder controlarse…".* [P6, Línea 453]

La presencia constante, pero no invasiva de la figura del terapeuta asegura que el alcance de la intervención será mayor desde una mirada que compara este tipo de programa con las intervenciones más tradicionales basadas en citas semanales o quincenales y trabajo en oficina (*box*). Esto sin duda es un eje estructural del modelo y se significa positivamente por los usuarios en diversos momentos de las entrevistas.

La **Calidad Humana** [2b] corresponde a la atribución realizada por los participantes respecto de que los y las terapeutas se involucran en el trabajo con las familias al punto de sobrepasar los límites de lo estrictamente exigido por su trabajo, respecto de esto, las participantes 12 y 1 señalan:

> *"Claro, entonces que pasa, que pienso de que, y bueno después de eso, él nos acompañó en lo que después era en la parte de los tribunales, fuimos a hacer juicio y todo eso salió bien y ehh, él muy preocupado, un terapeuta muy, muy, muy dado a su pega, a su trabajo. Yo me imagino que tenía más familias, yo no sé si los demás opinarán lo mismo, pero esa es mi opinión, creo que un muy buen profesional y desde ahí también porque siempre te estaban llamando y te estaban preguntando ¿qué más faltaba?, qué necesitábamos nosotros. En ese tiempo nosotros, para nosotros fue malo económicamente, pésimo, entonces ehh, ellos de repente*

llegaban con cosas acá y uy, quedábamos sorprendidos porque no nos gusta molestarlos". [P12, Línea 10]

"Que antes igual, más encima mi hija era chiquitita cuando ella llegó aquí po', igual habían cosas que me costaban hacer todavía, justo como se fue mi mamá, y no podía preguntarle a mi papá, "¿Papá cómo se hace esto?", y ella como que igual se salía de la rutina del trabajo y me ayudaba en cosas (…) Por ejemplo, de repente me decía: "P1 mira, para que no se le cosa el potito hacele así, o límpiala así". Entonces puras cosas... hartas cosas así. Si le digo que la señorita Psicóloga me apoyó en hartos sentidos. [P1, Línea 166]

Se reconoce que los y las terapeutas demuestran mucho compromiso con su labor, inclusive dejando espacio para la autorrevelación que es vista como un elemento muy importante en la creación y fortalecimiento del vínculo terapéutico, tal como se aprecia en el relato de la participante 2.

"Claro, más que nada el compromiso. Es que, como te digo, de repente yo pienso que el tiempo de ella eran 15 minutos, 20 minutos, y llegábamos a conversar 40 minutos, entonces yo pienso que después ella de aquí tendría que irse corriendo a otro lado. Entonces eso es difícil de verlo en cualquier persona, porque ella a lo mejor daría el tiempo que tiene que dar y nada más. No, y aparte conversamos sus cosas igual, conversaba que ella tenía una hijita, te hacía sentir bien a ti". [P2, Línea 178]

En definitiva, se concluye que los y las terapeutas, son personas "especiales", "buenas personas" en esencia, esta creencia podría estar fundamentada en lo intensivo del tratamiento planteado por el programa y la posibilidad de compartir y crear un vínculo en el contexto natural de las familias, quienes prontamente dejarán de ver al terapeuta como un ente interventor extraño.

La **Confianza** [2c] es comprendida como la puerta de entrada para acoplarse al tratamiento propuesto, está referida a que con su forma de llegar a la familia los terapeutas "brindan confianza" y permiten considerar la creación de un vínculo. En este sentido se expresan los participantes 2 y 19:

"Claro, para llegar a eso ella, no se po', se abrió totalmente, nos expresó su confianza, vimos que era una persona noble, de confiar". [P2, Línea 14]

"Es que no sé, porque yo con mujeres yo no soy tan sociable así, más con hombres, ¿me entiende? Y fue como que no sé, me cayó bien en el momento en que yo la vi, y tenía confianza en ella porque por eso le contaba las cosas". [P19, Línea 291]

Esta confianza se ve aumentada por una aproximación fenomenológica en el diálogo con las familias, que se sitúan en una perspectiva no tradicional de "el experto", sino que más bien, se basa en la premisa de que las familias son quienes más saben de su situación y por ende se valida la perspectiva del grupo o los usuarios y usuarias como fundamental para comprender el problema a trabajar, el que, además, será co-construido.

El **Abrir mundo interno** [2d] alude a la posibilidad de los usuarios y usuarias de poder expresar libremente sentimientos y preocupaciones frente a las y los terapeutas. Se rescata la posibilidad de realizar "catarsis" y situar afuera todos los elementos que se constituyen en un "peso" en la experiencia intrapsíquica, con el consiguiente alivio que ello provoca, tal como lo señalan los participantes 1 y 11:

"Si, porque más encima llegó como justo en un momento que, como que… Más encima yo nunca había estado en un programa así. Entonces las cosas estaban muy mal, muy mal, como que yo necesitaba a alguien que justo llegara así y justo llegó ella, la señorita Psicóloga y yo le contaba todas mis cosas. Era como en una persona en la que yo podía contar siempre y que yo le contaba todo po' y antes no pasaba eso, porque antes yo no tenía nadie a quien contarle las cosas, entonces como que con ella me sirvió, desahogarme, contarle todas las cosas que necesitaba contarle". [P1, Línea 8]

"Pero cuando él venía no, se sentía como un alivio porque uno se podía descargar con él, me entiende, uno no sé, si uno tenía rabia, 'sabe que yo, me pasa esto y esto' y él me aconsejaba 'mira P6, hace esto o ve que te sale mejor, haciendo esto o esto', como que se salía del peso de aquí, era como un alivio que él viniera, era una gran ayuda, fue una ayuda igual, y yo creo que seguirá siendo. Si a mí me llega a pasar algo algún día, yo creo que a él voy a llegar po, a él voy a llegar porque fue, fue bien psicólogo, buen terapeuta, aparte del trabajo, buen amigo igual". [P11, Línea 90]

Otro elemento que define este subtema es la posibilidad de contar con alguien que realmente pueda "escuchar" lo que se quiere o tiene que expresar, es decir, que involucre una escucha activa y respetuosa, sin juzgar e interrumpir a priori lo que se tiene para comunicar; en este sentido el participante 9 señala:

> *"En principio no era interesante pero después se fue convirtiendo más interesante porque en verdad se iba metiendo mucho más en los temas de uno, entonces uno se podía abrir más, conversar todo lo que a uno le molestaba con la psicóloga po, porque hablarlo con papás que no van a escuchar, eso, igual era bueno, me gustaba eso".* [P9, Línea 192]

El Tema 3 denominado ***"Un tratamiento fuera de lo común"***, recoge los elementos centrales que de acuerdo con los participantes hacen que el modelo de Terapia Multisistémica resulte atractivo y novedoso como formato de intervención, situándolo como un modelo distinto y "mejor" que los tratamientos ofrecidos tradicionalmente (entre los que se encuentran Servicio en Beneficio a la Comunidad, Programas de Libertad Asistida, entre los más mencionados). Este tema está compuesto por 3 subtemas que se detallan a continuación:

La **comodidad del hogar** [3a] hace referencia al formato de trabajo al interior del hogar familiar y es descrito como uno de los principales facilitadores de adherencia al programa. Al respecto el participante 2 señala:

> *"Buenísimo. Porque yo pienso en que otra parte usted se puede sentir más cómodo que en su casa, porque si tú, te hacen entrar a una oficina, de partida y por mucho que uno se sienta tranquilo, el hecho de entrar a una oficina como que tu vai' como un poquito incómodo, y cuesta como formar como (…) abrirse por completo a un tema de conversación. Yo pienso que después de los 10 minutos tú recién estas conversando con la verdad. Esa es la verdad. Y acá no, porque uno siempre, siempre uno, por ejemplo, dice la verdad, se siente cómodo".* [P2, Líneas 38-40]

En ningún momento se señala la posibilidad de que sea una modalidad de tratamiento "invasiva", por el contrario, se valora enormemente el poder contar, por ejemplo, con un horario flexible, que respete los tiempos y ritmos del sistema familiar. En este sentido el participante 2 profundiza:

> *"Eso, a mí siempre se me acomodaba porque ella siempre nos preguntaba, por ejemplo, a qué hora era factible venir, entonces siempre me llamaba por teléfono primero y después yo le daba la hora y por lo general, siempre venía cuando decía. Entonces, no, se acomodaba a todo".* [P2, Línea 30]

La **Disponibilidad 24 / 7** [3b] refiere a la característica más valorada y novedosa de acuerdo con la evaluación de las y los participantes; corresponde a la sensación de que el terapeuta es una figura "siempre presente", que permite sentirse apoyado en todo

momento y contar así con un respaldo que involucra un acompañamiento cercano, real, accesible frente a las dificultades diarias. En este sentido los participantes 1 y 2 señalan:

> *"Si po', de repente más encima ella me decía… Ya, me pidió el número y de repente fin de semana llamándome, ¿Qué estai' haciendo?, ¿cómo estai'? y todo eso. Entonces, no se po', yo nunca había visto una cosa así".* [P1, Línea 16]

> *"Porque ella, por ejemplo, ella estaba disponible, ella siempre me decía a mí: Si usted tiene un problema, no importa la hora. Nos dejaba un teléfono. Si usted se siente mal, llámeme, y voy a venir (…) Pienso que eso, entonces no cualquiera lo hace (…) Claro, 24/7. Cuando no la llamaba yo, simplemente porque no había que llamarla porque las cosas estaban funcionando bien, ella estaba llamando constantemente".* [P2, Líneas 122-126]

Todo programado con antelación [3c] se relaciona con la percepción de las y los participantes respecto de que el trabajo realizado por los terapeutas obedece a una planificación basada en una evaluación constante respecto de su situación, necesidades, logros y retrocesos en el tratamiento. Esta evaluación luego es presentada como un plan de trabajo el cual es consensuado y claramente explicado por los terapeutas, de manera tal que todos los involucrados comprendan a cabalidad el rol que jugarán en el cumplimiento de objetivos y los tiempos asociados para ello. Los participantes 11 y 16 señalan al respecto:

> *"No, no, no era así como que así usted llego y "mira tenemos que llegar a esto". Eso no, mira primero vamos paso a paso. Hagamos esto primero y otra semana hagamos esto y vamos viendo cual es la comparación entre las dos cosas, cuál es la mejor y cuál es la peor".* [P11, Línea 102]

> *"Nos sirvió harto porque igual nos ayudaron como con hartas terapias. Me acuerdo que teníamos como regalos y metas, así como si tú hacías esto, ganabas esto. Entonces se basaba en un cuadro donde ella tenía todo lo que ella quería, pero si ella me cumplía con unas cosas tenía opción a tenerlo sino había un castigo también. Era como una dinámica así que…".* [P16, Línea 6]

Es importante resaltar que, se percibe que esta planificación se basa en una lógica de "pequeños pasos", es decir, micro-logros que son alcanzables en plazos breves y que permitirían a la familia sostener una percepción de mayor control y autoeficacia en su proceso.

El Tema 4 denominado ***"Contexto extra-programa"***, considera las experiencias que se suscitan "más allá" del programa en sí mismo, y que se constituyen tanto en la base, como en elementos complementarios a la intervención. Estos elementos suceden en "la vida misma" y pueden inclusive anteceder a los procesos de intervención y no estar vinculados a éstos. Este tema está conformado por 3 subtemas que se describen a continuación:

El **Compromiso del usuario** [4a] se refiere al reconocimiento de la condición básica que debe anteceder a todo programa de intervención para que éste pueda ser exitoso, es decir, la "voluntad de cambio" o el compromiso para sumarse a las actividades y adherir a las recomendaciones realizadas por los y las terapeutas. En este sentido, los participantes 8 y 7 señalan:

> *"Nada negativo en el programa, sino que, como yo le decía, si el joven quiere cambiar y tomar lo que están ofreciendo, lo va a tomar".* [P8, Línea 100]

> *"Si, lo encontré bueno, ehh igual apoyan harto y hacen que uno no, como que lo incentivan a uno a no meterse en cosas, y todo eso (…) Pero va en uno igual si uno quiere po".* [P7, Líneas 14-16]

Este es un elemento que se puede trabajar como uno de los aspectos a intervenir, pero la percepción de los participantes es que no es de responsabilidad del programa, sino que se constituye en una "condición de entrada" necesaria para asegurar el éxito de éste.

La **Influencia de la religión** [4b] alude a la influencia que establece la religión como código de conducta que propicia cambios conductuales, en específico desde la perspectiva del credo evangélico. Se comprende como una experiencia con la potencia suficiente para ejecutar cambios radicales en las personas, de manera independiente de los programas de intervención o que en ocasiones acompañan a éstos. En este sentido el participante 10 señala:

> *"Así es, el objetivo de, del punto de vista que tiene la fe, es siempre es posible, siempre eh, entrega a uno la óptica que es necesario, desde mi punto de vista sobre todo para vivir en tolerancia, así es. Entonces por eso somos optimistas hoy día porque sabemos que el Señor está con nosotros, y siempre vamos a estar haciendo ese llamado, constantemente, porque el señor la acompaña".* [P10, Línea 173]

La **maternidad** [4c] señala en específico cómo un elemento normativo del ciclo vital impacta en la vida de los adolescentes y sus familias, potenciando las posibilidades de intervención, es decir, estableciendo un punto de inflexión desde el cual los terapeutas

podrían ver acelerados los procesos de cambio propuestos. En este sentido se expresa la participante 15:

> *"Sí, si fue muy importante porque justo estaba demasiado loca y quizá que hubiera hecho si ella no hubiera estado, capaz que tampoco hubiera estudiado, ninguna de esas porque justo yo estaba buscando colegio, no encontraba, no me recibían en ningún lado (…) Si claro, en el embarazo y en los estudios (…) he estado más tranquila, seguí mis estudios, ehh mi hijo, bueno, me separe del papá de mi hijo porque también estaba con el papá de mi hijo cuando, pero me separé de él, y ha estado mucho mejor mi vida yo creo".* [P15, Líneas 72-76]

Este se considera un aspecto fortuito o no planificado de la intervención y fuera de todo control e influencia de ésta, pero del cuál puede valerse para potenciar el logro de sus objetivos.

Finalmente, **el Tema 5** denominado ***"Todo lo bueno tiene que terminar…"***, alude a las principales opiniones y sentimientos de los participantes respecto del cierre del proceso de intervención. La intensidad del programa genera que la figura del terapeuta pase a formar parte relevante del sistema familiar en varios sentidos que incluyen la posibilidad de un acostumbramiento a su presencia, situación que se resume en los tres subtemas que lo componen, los cuales se presentan a continuación.

El **Tiempo muy breve** [5a] se refiere a la sensación de que la intervención podría haber continuado por más tiempo, ya que el acompañamiento es valorado como algo muy positivo en la cotidianidad de las familias. Se plantea también el deseo de hacer coincidir el cierre de la intervención con la finalización de diversos procesos familiares observados desde el principio por las y los terapeutas, como una manera de puedan atestiguar el inicio y el fin de estos. En este sentido las participantes 12 y 16 señalan:

> *"Que no podría decir algo negativo (…) yo creo que es corto el tiempo noma".* [P12, Líneas 85-87]

> *"Quizás un año yo creo que hubiese sido genial. No sé si fue porque la encontramos corta, o por como justo donde mi hermana quedó embarazada, así como que encontré que el proceso se acortó. Queríamos ver que ella hubiese estado quizás en ese momento ya que estuvo al principio, que hubiese estado al final. ¿Cachai? Como que para que nos hubiese ayudado, no se po', en como aceptar…".* [P16, Línea 76]

Finalmente, se presenta la reflexión en torno a cuáles son los tiempos en que se pueden esperar cambios sustantivos en los y las adolescentes e inclusive se recomienda una duración mínima de 1 año, así como también, la posibilidad de que, hacia el final del proceso, se regule la intensidad de la presencia del terapeuta, para de este modo preparar la "despedida". En este sentido, la participante 4 expresa:

> *"Que yo lo encuentro que es muy poco porque una persona no cambia en 3 o 6 meses (…) Claro, la duración del programa, la duración del programa yo lo encuentro muy corto para una familia. Por último, que se vaya alejando más con el tiempo, que al principio sea intensivo y después sea más, como se llama, a lo lejos, pero que dure más, yo creo que mínimo debería durar un año, y si ve que ya cambio y que está bien darle el alta antes, pero yo lo encontré muy corto".* [P4, Líneas 41-43]

El **duelo** [5b] hace referencia a la sensación de vacío que deviene posterior al cese de la intervención, en este caso, principalmente referida por madres que señalan el gran apoyo que significó para el manejo de sus hijos e hijas la presencia de un o una terapeuta, en términos de permitirles mayor seguridad, tranquilidad, respaldo, etc. En este sentido la participante 12 señala:

> *"Lo echamos de menos (risas) no po, bien, bien, bien porque son, fue algo que empezó, ehh se procesó y se terminó, y eso para mí es muy importante, empezar algo y terminarlo".* [P12, Línea 125]

El **Manejo de recaídas** [5c] describe el reconocimiento que existe por parte de los y las participantes, respecto de la posibilidad cierta de que se experimente pequeños retrocesos una vez finalizada la intervención. En este sentido los participantes 16 y 3 señalan:

> *"Entonces también nos ayudó con eso, mi hermana ya por lo menos se dio cuenta, que sufrimos harto también. Ahí justo ya también la terapia había terminado cuando no sé, una vez se cortó las venas de las rodillas ¿Cachai? Entonces también pasó como por cosas después de la terapia que yo creo que también la terapia le sirvió para resolverlas de otra manera".* [P16, Línea 46]

> *"Después no, después ya no tenía a nadie como que me lo recordara, ya nadie preocupada de estar bien aquí en la casa noma, y afuera seguía y ya volví a salir de nuevo, las fiestas, las amigas, en ese tiempo que estaba la Psicóloga, tenía una polola, no salía tanto pa, almorzaba con ella".* [P3, Línea 34]

El cambio es efectivo y perdura mientras el terapeuta ejerce supervisión directa en el tiempo que dura la ejecución de la intervención, luego de finalizada ésta, algunos cambios permanecen, pero otros logros desaparecen. Lo interesante es que existe la percepción de que “no todo está perdido” y se reconoce contar con nuevas herramientas que permiten afrontar de mejor manera dificultades que anteriormente no tenían posibilidad de ser resueltas por ellos mismos.

6.2.2.2 Conclusiones del Estudio de Casos

A partir del análisis realizado, es posible obtener las siguientes conclusiones sobre las preguntas de investigación planteadas para este estudio de casos:

a. Con relación a las vivencias de las familias participantes sobre el formato de trabajo de es posible señalar que estas lo significan como algo novedoso y fuera de lo común, en donde tres aspectos resaltan como los más positivos.

En primer lugar, el hecho de que la intervención tenga lugar en el hogar familiar, es decir, in situ, en donde acontece la vida cotidiana, un contexto ecológico que se considera superior en todos los sentidos a los otros programas existentes y en los cuales varias de las familias entrevistadas han transitado. Por ello, son capaces de hablar con “conocimiento de causa” cuando señalan las ventajas que representa para la adherencia el poder trabajar en el hogar, con la flexibilidad necesaria y ajustada a los ritmos y rutinas del sistema familiar.

En segundo lugar, se destaca la disponibilidad de los terapeutas las 24 horas del día y los 7 días de la semana, como una fuente de apoyo y seguridad en la resolución de las dificultades de la vida cotidiana asociada a la supervisión de los comportamientos de las y los adolescentes. Este elemento, asociado a las características atribuidas a los terapeutas en términos de cualidades personales y de su gestión, que favorecen enormemente el vínculo o la posibilidad de concretar una alianza terapéutica (subtemas desglosados en el tema 2), constituyen el núcleo de mayor significancia en términos de una evaluación positiva de MST.

Por último, la percepción de que el trabajo se encuentra planificado, con objetivos claros sesión a sesión, comprendidos por todos los involucrados en la intervención y expresados en términos de pequeñas metas o micro-logros, con una mirada de proceso que permite empoderar a los sujetos intervenidos, permite completar una evaluación muy positiva respecto del formato de la Terapia Multisistémica.

b. Con relación a la utilidad de MST para la familia participante (cuidador/a y NNA), las personas entrevistadas mencionan que la intervención les entrego múltiples beneficios, los que se expresan en sus vidas cotidianas como mejoras en la comunicación y fortalecimiento del núcleo familiar, una comunicación más fluida, con menos conflictos y mayor apertura que permite disfrutar momentos juntos y afianzar los lazos anteriormente empobrecidos en sistemas que tendían al aislamiento de sus miembros.

Estos elementos sientan las bases para poner en práctica nuevas estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, así como también de control y supervisión parental de los y las adolescentes.

Asimismo, los adolescentes destacan la posibilidad de un mayor desarrollo de la empatía, que permite un cambio de perspectiva entre la propia mirada y la de sus padres o cuidadores, elementos que van configurando la posibilidad de tener mayor respeto por otros, por las normas y aunque de manera incipiente, conectarse con las necesidades del grupo familiar. Por último, un mayor nivel de conciencia o "darse cuenta", les permite en conjunto con la supervisión parental realizar una mejor gestión del riesgo, basado en el reconocimiento de la influencia negativa que muchas veces ejerce el grupo de pares, quienes pueden incitar el consumo de sustancias y otros comportamientos disruptivos como el no volver al hogar por varios días y exponerse así a la posibilidad cierta de, por ejemplo, cometer nuevos delitos.

c. Con relación a las consecuencias posteriores a la participación en MST para los participantes, se visualiza que la ausencia de los terapeutas luego de inmediatamente terminada la intervención genera un vacío, un duelo por el apoyo perdido, que rápidamente da paso a la posibilidad de afrontar la realidad de que deben seguir solos como familia, empleando en la mayoría de los casos las herramientas y estrategias aprendidas.

Como regla general se reconoce la posibilidad e inclusive la presencia de recaídas por parte de los adolescentes, pero se reflexiona en torno a la menor gravedad de los acontecimientos o lo puntual de su realización; más relevante aún es la reflexión en torno a sentirse con más capacidad para resolver las situaciones de crisis. En aquellos casos en donde existieron recaídas, las familias y los propios adolescentes enfatizan que no existió compromiso desde del inicio de la intervención por parte de éstos y por ende en ninguno de los casos se responsabiliza al proceso de intervención por las dificultades presentadas.

d. Finalmente, con relación al valor otorgado al tratamiento de MST, es posible concluir que los participantes realizan una valoración positiva del tratamiento, el que fundan tanto en su formato, como en las consecuencias positivas que obtuvieron del acompañamiento / intervención.

Esta valoración resulta muy potente puesto que es comparada con experiencias anteriores por familias que históricamente han sido sobre-intervenidas y que conocen a cabalidad el funcionamiento de programas que se basan en paradigmas de intervención más tradicionales (*intrabox*), el que, en sus palabras, no favorece la adherencia al no ser respetuosas de los ritmos familiares.

6.3 Conclusiones, limitaciones y proyecciones del estudio prospectivo

El estudio de seguimiento prospectivo a familias egresadas del programa de Terapia Multisistémica se instaura como una evaluación inédita dentro de la evaluación de programas de intervención psicosocial en Chile, no solo por ser la única de su naturaleza en el país, sino también por la envergadura y complejidad de esta, logrando abarcar 26 comunas en 5 regiones del país (lo cual integra al 72% de la oferta actual[114] del programa), esto durante 18 meses de ejecución en terreno.

La propuesta inicial delineada por la Subsecretaría de Prevención del Delito[115] se fue reajustando y modificando con fines de lograr obtener la mayor cantidad de familias participantes en el estudio, lo cual implicó ampliar de manera substancial los plazos de recopilación de datos en terreno, así como la inclusión de diversos análisis emergentes que no estaban contemplados en los lineamientos iniciales.

En términos de la población elegida para la evaluación se debía inicialmente evaluar a todos los casos egresados entre abril a junio de 2016, el plazo de tres meses parecía razonable para tener una muestra adecuada para lograr dicha meta de seguimiento, no obstante, a pesar de las múltiples iniciativas desplegadas para captar participantes, incluyendo en términos iniciales a los equipos MST como "puente" para llegar a las familias, se debió hacer un despliegue intensivo de 9 evaluadores y 3 supervisores de investigación en terreno ampliándose los plazos de captación de participantes de 3 a 5 meses.

[114] A diciembre de 2017.

[115] Planteada en bases técnicas administrativas de licitación para la contratación del servicio de "evaluación de impacto del programa PAIF 24 Horas" Resolución Exenta N° 6225 del 25 de Septiembre de 2015.

De los 401 casos egresados entre abril a agosto de 2016 en las 26 comunas incluidas en el estudio, se logró evaluar a 178 casos en el tiempo 1 (T1), número que fue disminuyendo a medida que transcurría el tiempo, lo cual es esperable en términos de atrición de muestras de seguimiento. De los casos 178 casos entrevistados 171 presentaron todas las condiciones técnicas para los análisis estadísticos con relación a completitud y validación de información de instrumentos y de bases de datos institucionales.

Del trabajo de campo es factible plantear que el proceso de desenganche de la participación del estudio, obedece a múltiples variables que se lograron constatar - solo en términos cualitativos - por parte del equipo de evaluadores, entre estas:

- Cambios contantes de números telefónicos.
- Dificultades para que se respondiese los llamados dado no reconocer o "desconocer" a los investigadores
- Amplios horarios de no utilización de teléfonos móviles
- Baja utilización de los teléfonos móviles en personas de mayor edad
- Escasa costumbre de contestar los llamados de números desconocidos para las familias
- Familias que no contaban con teléfonos móviles y solo red fija, lo cual implicó una amplia reducción de los horarios de contacto

Debido a estas razones previas, se comenzó, después de varios intentos fallidos telefónicos, ir visitar a cada una de las familias a sus domicilios para lograr agendar horarios de entrevistas, sobre todo en la tercera y cuarta instancia de medición (a seis meses y a un año desde la primera medición de egreso). Esto implicó un aumento en los tiempos y actividades de trabajo de campo y aumentos en los costos asociados a la recolección de datos en terreno.

Relacionado con este tópico, se advirtió como variable de alta relevancia la importancia de la capacitación especializada en el modelo de evaluación utilizado, dado que la posesión de un adecuado nivel de competencias técnicas por parte de los evaluadores más un alto nivel de competencias sociales necesarias para generar un vínculo sólido -alianza de trabajo - con las familias evaluadas permitió mantener un contacto en las diversas etapas de medición, manteniéndose hasta el final familias que lograron un "buen enganche" con el/la evaluador/a.

Esto se plantea en términos de aprendizaje y recomendaciones para estudios similares requiriéndose investigadores con las habilidades requeridas y compromiso y motivación

por el trabajo en contextos socio comunitarios de riesgo social y en contextos rurales como ocurrió en algunas comunas de región metropolitana (Lampa) y en comunas del sur del país (Los Ángeles, Temuco y Puerto Montt), lo cual ayuda disminuir atrición en familias de alta complejidad social.

Asimismo, el esquema de visitas a las familias siguió los mismos parámetros de flexibilidad que posee Terapia Multisistémica, es más, las familias "exigían" esta misma modalidad dado estar acostumbrados ya a los parámetros del programa. Esto implicó visitas en horarios acordes a las necesidades de los participantes, lo cual se tradujo en entrevistas de lunes a domingo entre las 08 a las 22 horas aproximadamente, durante todo el tiempo de evaluación en terreno.

Por último, con relación a la muestra y características de los participantes, se observó que las familias que desenganchaban del estudio entre las distintas mediciones son las que se podía constatar del reporte breve de los cuidadores un aumento de problemáticas ya sea asociadas a los motivos de ingreso al programa MST u otras problemáticas psicosociales que implicaron el cese de la participación en el estudio. Dado las dificultades de generar un contacto efectivo, tras varios intentos se les identificaba en las categorías de "inubicable" o "rechazo" según correspondiese. Asimismo, hubo muchas familias que fueron inubicables sin lograr avizorar ningún motivo de aumento de problemáticas. Dado las dificultades de poder evaluar íntegramente estos casos, solo es factible mencionar estas dinámicas observadas en términos cualitativos y como parte del reporte de campo de los investigadores.

Con relación a los resultados obtenidos del seguimiento prospectivo y del estudio de casos, se pueden plantear las siguientes conclusiones:

a. Con relación al instrumento ASSET adaptado por la Subsecretaría de Prevención del Delito el año 2011, según los análisis realizados, se aprecia que este presenta validez para medir riesgos criminógenos en la población en estudio, pues correlaciona positivamente con la escala de riegos totales de la FER-R, siendo esto evidencia de validez concurrente (constructo). Sin embargo, los puntajes de corte utilizados en la actualidad (21 como punto de corte para alto riesgo) debiesen ser corregidos, pues de acuerdo con estos análisis se están sobreestimando los riesgos de los adolescentes, siendo de 23 puntos el puntaje ASSET sugerido para identificar como de alto riesgo.

Lo anterior, tiene una repercusión directa no solo en la calificación de riesgos misma sino también en la gestión de casos del programa PAIF, dado que la derivación de equipo EDT a los programas del circuito 24 Horas se basa en puntajes de corte, por ende, adaptar estos valores implica, entre otras cosas, una mayor derivación a programas PIE remitiendo casos con un mayor riesgo socio delictual "al acostumbrado". Por otra parte, esto también podría tener efectos en la cantidad de casos derivados a MST, dificultándose en algunas comunas el llenado de plazas. Sin duda, si se toma en cuenta esta evidencia se requiere hacer ajustes en el diseño y gestión de los flujos de casos del programa PAIF.

Asimismo, se pudo determinar que el programa MST presenta una reducción de riesgos criminógenos medidos mediante instrumento ASSET en los casos que contemplaron medición previa a MST, posterior al egreso y en el seguimiento a un año del egreso[116]. Esta diferencia es significativa y con tamaño de efecto grande entre las mediciones, por ende, desde este esquema de análisis MST resulta efectivo en reducción de riesgos criminógenos presentando resultados robustos con relación a diferencia pre y post y hasta un año desde el egreso. Aun cuando este efecto de la intervención comienza a declinar al año de egreso (ASSET Seg), aumentando el riesgo, este incremento no resulta relevante, por lo que se puede afirmar que el efecto inicial se mantiene dentro de la categoría de riesgo bajo pasando a riesgo moderado en su límite inferior (según los nuevos puntajes de cortes sugeridos concurrentes con FER-R).

Por ende, bajo la lógica de gestión de casos del programa PAIF, en la mayoría de los casos evaluados, no se requeriría nuevamente de una intervención especializada en reducción de factores de riesgo socio-delictivo. Lo anterior, no implica que muchas de las familias egresadas sigan presentando otras necesidades de intervención psicosocial; en estos casos, es factible su ingreso a otro de los programas del circuito 24 Horas u otras instancias de asistencia sanitaria o comunitaria.

Estos datos demuestran que, aparte de apreciarse efectividad en la intervención mediante la comparación pre/post ASSET, la gestión y evaluación de casos previa a MST y la posterior tras el egreso del programa (evaluación Post) son actividades significativas y que están cumpliendo sus objetivos como hitos de decisión para ponderar la necesidad de intervención y monitorear los resultados obtenidos, aun así se requiere una mayor sistematicidad de estos procesos sobre todo en la fase Post donde se advierte una pérdida importante de evaluaciones. Asimismo, mantener el monitoreo de los casos a un año del egreso, podría ser un buen ejercicio de evaluación interna a nivel de Subsecretaria que

[116] Esta última coincide con la evaluación del Tiempo 4 (T4).

entregara insumos para ir valorando resultados más allá de los indicadores de resultados en el proceso de intervención. Esto, asimismo, se podría robustecer con el cruce con el PSI 24 Horas respecto a reingresos posteriores a MST.

b. En relación al esquema de evaluación post egreso de casos donde se utilizó los instrumentos de la batería MMIDA, se produjo una disminución estadísticamente significativa entre el T1 (egreso) y la medición T2 y T3 (al tercer y sexto mes de seguimiento) en los riesgos totales del instrumento FER-R[117], observándose una amplificación de esta reducción de efectos en los primeros seis meses posteriores a la intervención, pero consecutivamente tiende a retroceder para retornar a niveles similares a los observados al momento del egreso. Este impacto es diferencial, pues con algunos adolescentes se logra un mayor impacto que con otros, no pudiéndose atribuir a qué se deben estar diferencias.

No obstante, al desglosar la muestra por niveles de riesgo al momento del egreso en el T1, se observó que el 58% es de bajo riesgo, el 26 % es de riesgo moderado y el 16% es de alto riesgo. A pesar de los cambios a lo largo de las mediciones el más significativo alude a los de bajo riesgo que se acercan a la categoría de moderado, "efecto de recuperación de riesgo en T4", no obstante, la muestra aún se mantiene dentro de valores bajos. Además, lo que resulta de alta importancia en este análisis es que el mayor efecto de reducción se observa en los casos de alto riesgo, donde la disminución es acentuada.

Estos datos previos de mantención y baja de riesgo hasta el sexto mes desde el egreso, se deben al "efecto de generalización" del tratamiento de Terapia Multisistémica, este efecto se advierte pronunciado y de mayor duración en los casos de mayor riesgo, lo cual es altamente consistente con la lógica del modelo de MST, en la cual se plantea que "las intervenciones están diseñadas para promover la difusión de los efectos positivos con fines de lograr la mantención de los resultados terapéuticos a largo plazo mediante el empoderamiento de los cuidadores" (Swenson, 2011). Esto a su vez converge con otros modelos o programas de disminución de riesgo, por ejemplo, el modelos de "riesgo, necesidad y responsividad" (RNR), que ha mostrado consistentemente a lo largo de diversas evaluaciones que los principales impactos se dan en infractores de más alto riesgo por sobre los de moderado y bajo riesgo.

[117] Escalas de evaluación que presentan similitud con las secciones que evalúa el instrumento ASSET, siendo la base de estas los factores de riesgo criminógeno que la investigación ha demostrado como factores de predicción de conducta delictiva en adolescentes.

En esta misma línea se advierten los resultados respecto a enganche delictivo de la muestra total evaluada con EGED, instrumento que identifica si los patrones delictivos son delincuencia transitoria, es decir conductas delictivas aisladas atingentes a la etapa evolutiva de la adolescencia, o delincuencia persistente donde las conductas infractoras se pueden extender más allá de la adolescencia con presencia de concentración de factores de riesgo. Se advierte una reducción del promedio de NNA que presentarían un patrón persistente, el cual se reduce significativamente al cabo de un año, lo que es consistente con la diferencia observada anteriormente y también con el promedio de ingresos al programa 24 Horas antes y después del egreso de MST, donde se advierte reducción significativa entre ambas medidas.

Por último, respecto a los recursos e intereses de los jóvenes, no se observó un efecto de la intervención de MST en los recursos de adaptación general de los y las jóvenes posterior al egreso, si bien no es factible saber el impacto real en esta área, dado que no existió medida previa de ningún tipo en relación de recursos. No obstante, en términos teóricos, se hubiese esperado un aumento a lo largo del tiempo, en contraposición a la reducción de riesgos. El grupo que tuvo seguimiento completo entre T1 a T4 muestra mayores recursos en relación con los casos que fueron abandonando el seguimiento en mediciones de T2 y T3.

Estos hallazgos indican que a mayor riesgo familiar menores recursos detectados, por ende, esto permite suponer que la intervención con MST tendría como variables moderadoras el nivel de riesgo familiar y los intereses prosociales de los jóvenes, afectando ambos la mantención de los cambios. La primera en sentido negativo, es decir a mayor riesgo familiar menor mantención de cambios, y la segunda en sentido positivo, es decir, que a mayores recursos prosociales mayor probabilidad de que los cambios positivos obtenidos en el tratamiento perduren.

El análisis de la muestra total de egresados de MST muestra la misma tendencia en los tres grupos comparados (sin seguimiento, contacto sólo en T1 y seguimiento en T1 y T4), advirtiéndose que la intervención de MST tiene efecto diferencial en función del nivel de riesgo familiar y el grado de reincidencia delictiva del adolescente, disminuyendo su eficacia cuando estos indicadores se incrementan y los intereses del joven disminuyen. Este antecedente, al igual que los anteriores, muestra alta coherencia con la teoría de cambio del programa, dado que el principal “insumo” del modelo alude a los recursos familiares y como estos deben ser desarrollados, entrenados y generalizados a las diversas situaciones de la vida familiar para lograr los cambios deseados propuestos como metas de tratamiento.

c. En la misma línea, la variable de reincidencia delictiva dentro del grupo que no fue posible contactar para realizar el seguimiento presenta mayores niveles que los que se pudo llevar a cabo el seguimiento hasta el tiempo 4. Este hallazgo es un indicio, factible de verificar con otras investigaciones a futuro, que, si bien el programa MST impacta positivamente en la reducción de riesgos criminógenos y reduce la comisión de delitos, no necesariamente la interrumpe en un grupo de casos, mostrando un efecto diferencial, posiblemente de acuerdo con distintos perfiles donde los riesgos familiares y la cantidad y calidad de los recursos personales/ familiares son determinantes para el logro de los objetivos terapéuticos.

d. En el área de consumo de drogas, medido a través de DEP-ADO, se observa una reducción en las puntuaciones promedio registradas pero que no difieren significativamente en el puntaje total ni en los factores de alcohol, drogas y consecuencias. No estableciéndose diferencias significativas ni a favor de la reducción o aumento del consumo de estas substancias con relación a la medición de egreso en T1, salvo en el caso del consumo de marihuana que se observa una diferencia estadísticamente significativa subiendo la puntuación al año desde el egreso, no obstante, con un tamaño de efecto pequeño.

Al hacer desglosar el análisis por nivel de consumo en DEP-ADO, si bien se pueden establecer diferencias entre las categorías, los efectos medidos son muy débiles y pierden fuerza en relación a la muestra total analizada en su conjunto, en los tres niveles (verde, amarillo y rojo según la lógica del instrumento) se advierte que en la medición en T1 con DEP-ADO la mayoría de los NNA evaluados presentan un consumo que requiere una intervención especializada, manteniéndose dicha categoría hasta la medición final (T4).

Asimismo, en el nivel de consumo moderado que requiere intervención general no especializada no se aprecian cambios, y en aquellos casos que no presentan problemas de consumo se advierte un aumento de la ingesta. A pesar de tener significancia su alcance es marginal, ya que serían muy pocos casos identificados en esta situación, por ende, es factible interpretar, entre otras alternativas, que este fenómeno es parte del proceso de exploración adolescentes más que situaciones de aumento de la complejidad de la ingesta en términos concretos.

Ahora, una posible explicación a estos descubrimientos en el área de ingesta de drogas y alcohol radica en que el consumo sustancias en el modelo de Terapia Multisistémica, se prioriza de acuerdo con las necesidades de la familia; es decir, la ingesta es un factor más de riesgo entre otros. Por ejemplo, si el consumo de marihuana no se advierte como

riesgo de salud, no se asocia a la comisión de conductas delictivas ni va en desmedro de adaptación social de los jóvenes, no se establece como un objetivo de intervención.

Asimismo, en el caso de la ingesta de marihuana muchas veces las familias "se relajan" porque evalúan que el joven cambió "todo lo que podía en diversas áreas", y que no es factible lograr más avances. A esto se agrega que muchos de los adolescentes participantes de MST presentan múltiples consumos, por ende, la intervención clínica se oriente a la reducción de daño, lo cual puede implicar que el consumo de marihuana sea usado para manejar el síndrome de abstinencia producido por la ausencia de consumo de otras drogas más "duras" (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998).

e. Por otra parte, respecto a las variables de sexo y edad y cómo estas influyen en los resultados previamente analizados se observa que los riesgos dinámicos medidos por los diversos instrumentos evolucionan de forma diferencial afectados por estas variables. El efecto de la intervención es más potente en los casos de menor edad lo cual concuerda con las características preventivas del modelo y se demuestra como una de sus grandes fortalezas. En contraposición, la mayor cantidad de riesgos se concentra en los hombres que al momento de ingresar al programa tiene una edad de 17,5 años o más, lo cual pone el acento en la importancia de implementar el programa en poblaciones de edades más bajas con fines de lograr impactos más pronunciados.

f. La variable sexo, muestra que las mujeres presentan mayores recursos personales y menor riesgo, siendo dicha diferencia mantenida a lo largo de las distintas mediciones. Este resultado se advierte como altamente positivo, aun cuando en términos de cantidad de ingreso sean la minoría con relación a los hombres (23% de la muestra de seguimiento). Esto puede interpretarse como un proceso madurativo diferencial entre mujeres y hombres y la presencia de variables de control social formal más férreas respecto a las adolescentes versus a los adolescentes, no obstante, ahondar en los factores explicativos de dichas diferencias de género es ajeno a los objetivos de esta evaluación prospectiva sugiriéndose análisis más detallados en futuras evaluaciones.

g. Todos estos resultados previamente discutidos, destacan la relevancia de los cambios medidos principalmente en las variables de riesgos y que se deben a la adquisición de habilidades parentales y competencias sociales de los cuidadores y a la utilización de los recursos sociales presente en sus contextos vitales.

Esto se aprecia de manera clara en el relato las familias participantes del estudio de caso, quienes refieren que haber participado del programa conllevó mejoras significativas desde el inicio mismo del tratamiento, en la comunicación y el funcionamiento familiar, dándose una "apertura" por parte de los integrantes de las familias. Esto a su vez, redundó en que tuvieron la posibilidad de desarrollar nuevas estrategias para afrontar los problemas y resolver conflictos, así como también aprendieron a ejercer un control y supervisión parental efectivos en sus hijos/as.

Los padres destacaron que cada meta/objetivo era acordado con ellos estableciéndose una planificaban que contaba con objetivos claros sesión a sesión, los cuales debían ser comprendidos por todos los involucrados en la intervención y expresados en términos de pequeñas metas, siendo fundamental para esto la disponibilidad de los terapeutas las 24 horas del día y los 7 días de la semana y en "la comodidad del hogar", dado que esto generaba apoyo y seguridad en la resolución de las dificultades de la vida cotidiana asociada a los comportamientos de las y los adolescentes.

Por su parte, los adolescentes destacaron que su familia haya participado de la intervención les permitió desarrollar empatía hacia sus cuidadores y observar como su conducta afectada en ellos, esto les permitió "un cambio positivo y tener respeto por otros", y por las normas.

Esto a su vez, en los casos estudiados, derivaba en el reconocimiento de la influencia negativa que muchas veces ejerce el grupo de pares, quienes pueden incitar el consumo de sustancias y otros comportamientos disruptivos como ausentarse del hogar por varios días y exponerse así a la posibilidad de cometer nuevos delitos.

También se reconoce la posibilidad y/o presencia de recaídas por parte de los adolescentes, pero estos reportan que en general estos episodios son de menor gravedad o de índole puntual y que frente a estas nuevas situaciones de crisis se sienten con más capacidad para resolverlas como familia.

Los cuidadores, refieren sentirse "preparados o fortalecidos" para enfrentar los problemas con sus hijos, lo cual les hace valorar positivamente el tratamiento, destacando la importancia fundamental de trabajar en el hogar con los recursos que este contexto les brinda, esto lo consideran como como "más potente" puesto que se compara con múltiples experiencias anteriores ineficaces en "*setting* de box" en el que no favorece la adherencia "al no ser respetuosas de los ritmos familiares".

Estas características planteadas por los usuarios refuerzan las características únicas de MST como oferta de política pública que trabaja en los ambientes donde se producen las dificultades de las familias, bajo la lógica de que los recursos para enfrentar los problemas están en el origen de estos, es decir en la familia misma y en su contexto ecológico inmediato.

No obstante, todos estos aspectos percibidos en términos altamente positivos tienen una contraparte en términos menos favorables en referencia a la duración del tratamiento, considerándose breve para lo que la familia estipula como deseable en base a sus necesidades percibidas. Esto en algunos casos generaría un "proceso de duelo" posterior al egreso de MST, lo cual va en contra sentido de la formulación teórica del programa, debido a que existen lineamientos orientados a generar autonomía de la familia, desde el inicio mismo de la intervención, para evitar la dependencia del apoyo profesional. No obstante, en algunos casos, según lo observado, no se logra desarrollar de manera efectiva esta autonomía post egreso y la ausencia de este apoyo es vivenciado en términos negativos como "sentirse solo sin apoyo de nadie".

En cuanto a las limitaciones del seguimiento prospectivo y el estudio de casos, en términos metodológicos la principal corresponde al diseño de investigación, circunscrito a uno de seguimiento "ex post facto", dado la ausencia de línea base. Si bien, se advierte la dificultad de haber contado con estándares metodológicos más rigurosos, dado que el programa evaluado es una política pública en desarrollo, con todas las complejidades que eso implica, se logró disminuir en parte esta contingencia con el uso de mediciones previas de ASSET. Esto logró entregar datos con mayor peso y correlacionar análisis estadísticos con otras de las mediciones obtenidas en la etapa de seguimiento.

Por otra parte, si bien el número de egresos proyectados para el seguimiento se advertía adecuado en términos de tamaño muestral, las características psicosociales de la muestra egresada no permitieron una mayor adherencia al estudio, esto, a pesar de haberse generado un esquema de trabajo de campo intensivo para contactar a todos los casos remitidos por la Subsecretaría de Prevención del Delito. En este sentido, se logró incluir al estudio solamente al 44% de estos egresados, finalizando el seguimiento con 26% del universo. A pesar de esto, se logró un número de casos que permitió entregar los resultados aquí entregados con fundamento estadístico, pero limitó la obtención de otros análisis propuestos inicialmente.

Por ejemplo, las características de la muestra de seguimiento que consistió en un 100% en la misma causal de egreso, impidió la realización del análisis de permanencia en el hogar

de los egresados de MST, dado que en todas las familias que finalizaron el seguimiento en el estudio se reportaba que el NNA seguía viviendo en el hogar. En este sentido, esto también muestra que la adherencia al estudio pareció estar mediada por el perfil de riesgo, entre más riesgo familiar menor adherencia al tratamiento y, por ende, también al estudio de seguimiento, esto repercutió en que se conformó una muestra de seguimiento integrada exclusivamente por egresos "casual tipo 1", es decir, "de mutuo acuerdo entre familia e interventor". Por esta razón, no es factible estipular como se advierte la variable de permanencia en el hogar en la muestra total y en los otros tipos de egresos menos favorables del programa (2 y 3 preferentemente).

Por otra parte, el nivel de inserción laboral/escolar dependía de la información que facilitó Ministerio de Desarrollo Social, pero como se mencionó en secciones previas de este documento, no fue factible incluirlas en el análisis prospectivo dado la fecha en la cual se logró acceder a ella.

Asimismo, tampoco fue factible analizar todos los instrumentos y test que el protocolo de evaluación MMIDA contempló, esto dado el tamaño de las muestras requeridas para cada instrumento. Si bien se finalizó la evaluación con 108 familias, no en todos los casos se pudieron aplicar todas las pruebas contempladas para cada medición, dado que en muchas de ellas se requiere de la colaboración de los cuidadores más el adolescente. En lo concreto, en muchas de las visitas de evaluación existieron pruebas en las que el adolescente no quiso colaborar en su llenado, a pesar de que, si respondían otras pruebas en la misma instancia, situación que está bajo las preferencias personales y voluntariedad de los participantes. Estas limitaciones implicaron no analizar el instrumento de auto reporte EDA y el test de personalidad MACI.

Por último, se recomienda la estandarización del instrumento ASSET a la realidad chilena, dado que el análisis realizado en este estudio solo correlacionó algunas de las secciones del instrumento con el instrumento equivalente FER-R, no obstante, no se evaluó el instrumento en su totalidad ni se analizó cuanto "pesa" cada escala en términos psicométricos en relación con el puntaje total del mismo. Asimismo, se sugiere la inclusión del apartado de recursos del instrumento actualizando lo más posible su utilización a los estándares actuales de ASSET en Reino Unido donde la versión "ASSET Plus" permite no solo evaluar riesgos y recursos, sino también llevar a cabo un sistema de gestión integral de casos.

En este sentido, se insta a generar dentro de la misma Subsecretaría de Prevención del Delito una lógica de mayor integración entre la gestión y evaluación de casos y el

monitoreo constante de la ejecución del programa PAIF, existiendo actualmente insumos significativos para lograr este seguimiento post egreso. Ahora, si bien, se pueda cuestionar "la validación externa" de estos resultados dependientes de la institución implementadora, existen acciones que pueden reducir dicha problemática, como diseños cuasi experimentales, y la evaluación cruzada entre distintos equipos (evaluación de seguimiento ciega), ya sea intercambiando comunas para la evaluación de estos casos de seguimiento o algún otro mecanismo similar que reduzca sesgos. Todo esto en miras de fortalecer los resultados ya obtenidos y permitir una retroalimentación actualizada y contingente a las acciones de Terapia Multisistémica en Chile.

Se advierte la necesidad de realizar futuros estudios con las consideraciones previamente señaladas, dado que existen resultados y fuentes de información que no fueron factibles de incluir en este estudio, asimismo, podrían obtenerse hallazgos significativos en un esquema que contemple un diseño de investigación más sofisticado y que permita contrastes entre mayor número de casos con medición pre/post y la utilización de una mayor cantidad de instrumentos de los que fue factible analizar en esta investigación.

7 Estudio Retrospectivo

El análisis retrospectivo busca medir principalmente el impacto del componente MST en cuanto a la reincidencia de los niños, niñas y adolescentes atendidos por el programa, además de examinar el nivel de inserción educativa y laboral de éstos, luego de haber egresado del programa. En términos generales, la evaluación se basa en un diseño cuasiexperimental con grupos de tratamiento y control, consignando como grupo de estudio a los egresados del PAIF-MST; y como grupo de control a los casos que siendo elegibles no ingresaron al programa.

El presente capítulo se estructura de la siguiente forma. Primero se presenta el diseño metodológico de la evaluación de impacto, luego se presenta la conformación de las muestras de control y tratamiento, así como también la operacionalización de las variables relevantes para la estimación de los efectos del programa y la caracterización de los grupos bajo estudio. Posteriormente, se muestran los resultados de los modelos de estimación y, finalmente, se exponen las conclusiones.

7.1 Diseño metodológico

En términos generales la metodología de estimación busca resolver el problema fundamental de la inferencia causal, donde para medir el impacto de un programa específico no es posible observar el resultado de una variable de interés para un mismo individuo que haya participado y a su vez no participado en dicho programa. En consecuencia, para resolver este problema se utilizará el marco conceptual teórico de resultado potencial introducido por Rubin (1974), dentro del cual se busca identificar un resultado potencial para la variable de interés sin programa, el cual vendría determinado por el resultado de un grupo de control que comparta en promedio las mismas características que el grupo participante del programa, para de este modo estimar el impacto del programa a partir de la diferencias entre el resultado potencial con programa y el resultado potencial sin programa.

Debido a que el mecanismo de asignación del programa en MST no es aleatorio, no es posible asegurar que los grupos seleccionados sean necesariamente comparables, de modo tal de generar un escenario contrafactual válido. Es por ello por lo que, para prevenir un potencial sesgo de selección[118], se requerirá estimar los efectos del programa a partir de alguna metodología que haga comparables a los grupos. En consecuencia, se

[118] Para mayor detalle del sesgo de selección, ver Heckman (1979).

desarrollarán dos tipos de estrategias de estimación, la primera a partir de un modelo de regresión múltiple (modelo estructural) y, la segunda, a partir de dos modelos no paramétricos basados en puntajes de propensión. Ambas estrategias comparten entre si la característica de requerir variables explicativas denominadas comúnmente como covariables o controles, las cuales, en términos sencillos, permitirán ajustar las diferencias observables entre el grupo de tratamiento y control, logrando así estimar un efecto causal del programa que no esté contaminado por diferencias en dichas covariables.

Estimar un modelo estructural formal tiene la ventaja de, además de aportar información sobre el efecto del tratamiento en la variable de interés, permitir obtener información relevante sobre los efecto parciales de las covariables utilizadas para la estimación sobre la variable de interés. Por su parte, las estimaciones basadas en puntaje de propensión, además de estar siendo ampliamente aceptada hoy en día para la evaluación de impacto en estudios observacionales, incluyen más flexibilidad teórica, al imponer menos supuestos sobre la forma funcional específica del modelo causal.

Para la estimación del efecto casual se considera una versión parcial o modificada de la intención de tratar, ya que se excluirán del tratamiento aquellos casos que por motivos externos a la intervención o a la motivación de los NNA y sus familias no siguieron con el programa. Esto justificado en que el objetivo principal de esta evaluación es poder estimar el efecto del programa más allá de la ocurrencia de factores externos que hayan limitado la intervención. Si bien este punto se detallará más adelante cunado se describa construcción del grupo de tratamiento, es importante dejar en claro que para la muestra final del grupo de tratamiento se considera a: los casos que terminaron el programa, los casos que desertaron del programa por falta de adherencia y los casos que se vieron envueltos durante el programa en situaciones que implicaron una reubicación en algún centro restrictivo o con alguna familia de acogida.

Las medidas de efecto que se busca estimar son principalmente dos: el efecto promedio del programa sobre la población (ATE) y el efecto promedio del programa sobre los tratados (ATET). Siendo este último caso el más relevante en cuanto al efecto estimado del programa ya que considera al grupo de casos que efectivamente fue beneficiario de éste[119]. Las definiciones más formales de estos efectos vienen dadas por las siguientes expresiones matemáticas:

- $ATE| x= E(y1 - y0 | x)$

[119] Para mayor detalle sobre los fundamentos teóricos del efecto causal, ver Myoung-Jae (2005).

- ATET | x = E(y1 - y0 | t = 1, x)

Donde el término "x" hace referencia a las covariables por las que se busca controlar. Y1 corresponde al resultado potencial de haber recibido el tratamiento, y0 corresponde al resultado potencial de no haber recibido el tratamiento, "t" corresponde a una variable dicotómica que identifica si se recibió (t=1) o no (t=0) el tratamiento. Por su parte, las expresiones "E()" y "|" corresponden al operador esperanza y al condicional respectivamente[120].

A continuación, se explican en detalle las estrategias específicas de estimación utilizadas, partiendo por la estimación del modelo estructural, seguida de las estrategias basadas en puntajes de propensión.

7.1.1 Estimación del modelo estructural

La estimación mediante regresión consiste básicamente en estimar el efecto causal del tratamiento, en este caso referido al efecto de participar en MST, aislando potenciales sesgos a partir de la construcción de un modelo que incluya dentro de su estimación los efectos parciales de las covariables explicativas. Así, un supuesto fundamental para su correcta aplicación es que la única fuente de sesgo posible venga dada por una serie de covariables observables por el investigador, las cuales puedan ser introducidas dentro del modelo sin mayor problema.

De este modo, el modelo básico quedará definido por la siguiente forma funcional[121]:

$$y_i = \alpha + \gamma t_i + \beta X + \varepsilon_i$$

Donde, el subíndice "i" indica a los individuos, y_i por su parte representa a la variable de interés para cada individuo. Luego, α indica simplemente un parámetro constante, t_i refiere a una variable dicotómica que es igual a 1 si los individuos formaron parte de MST (grupo de tratamiento) y 0 si no (grupo de control). Con ello, el parámetro γ será el estimador de efecto del programa. X corresponde a un vector de covariables a incluir, por

[120] Para la correcta identificación de los efectos causales se deben cumplir ciertos supuestos básicos, siendo el más relevante el supuesto que y1 e y0 sea independientes en media condicional de "t" dado "x".
[121] Aquí, el supuesto de independencia de media condicional se le suma un supuesto sobre linealidad de los parámetros de estimación del modelo.

ejemplo: edad, sexo, riesgo, entre otras[122], y β son los correspondientes parámetros asociados a cada covariable. Finalmente, ε_i es una medida del término de error de estimación del modelo lineal con relación al valor individual exactamente observado en la población.

En caso de que se busque estimar el efecto del programa para una variable dicotómica, que por ejemplo podría indicar si el NNA recibió una condena, se utilizará un modelo de probabilidad Logit, el que toma la siguiente forma funcional:

$$logit[P(y_i = 1)] = Ln\left[\frac{P(y_i = 1|t, X)}{1 - P(y_i = 1|t, X)}\right] = \alpha + \gamma t_i + \beta X$$

A partir de lo anterior se observa que el efecto del programa se computa sobre el logaritmo natural del odds (chance) de haberse presentado la condición de interés, o siguiendo con el ejemplo, haber sido condenado, lo cual no es para nada intuitivo en su interpretación. Por ende, los resultados se presentarán en términos de odds ratios para una mejor interpretación de los resultados.

A partir del modelo anterior resulta directo obtener el modelo en términos de odds, el cual viene simplemente de aplicar la función inversa del logaritmo natural[123] a la expresión quedando como:

$$Odds = \frac{P(y_i = 1|t, X)}{1 - P(y_i = 1|t, X)} = e^{\alpha + \gamma t_i + \beta X}$$

De esta forma un cambio en la variable explicativa, es decir recibir el tratamiento podría ser interpretado como un Odds ratio o razón de chances (OR) entre la probabilidad de presentar cierta condición de interés en el grupo de tratamiento versus el grupo de control, tal como se define en la siguiente expresión matemática:

$$OR = \frac{Odds(t = 1)}{Odds(t = 0)} = \frac{\frac{P(y_i = 1|t, X)}{1 - P(y_i = 1|t, X)}}{\frac{P(y_i = 0|t, X)}{1 - P(y_i = 0|t, X)}} = \frac{e^{\alpha + \gamma}}{e^{\alpha}} = e^{\gamma}$$

[122] Debido a que la información no siempre ha podido se recabada en los tiempos y formas, se considerará el mejor modelo disponible a partir de los datos que se tengan a disposición una vez que hayan sido entregados todos los datos relevantes para la evaluación de impacto por parte de la SPD.
[123] Nótese que la función inversa del logaritmo natural es la exponencial.

7.1.2 Estimación mediante puntaje de propensión

Al igual que el método de regresión múltiple, los métodos basados en puntajes de propensión tienen como principal supuesto que las potenciales fuentes de sesgo son observables. De este modo, utilizando las mismas variables observables en ambas muestras (grupo que recibe el programa y grupo que no lo recibe) se busca comparar a individuos o grupos similares, es decir que en promedio compartan las mismas características observables y que la única diferencia sea que uno recibe el tratamiento y el otro no.

Para lo anterior se desarrollarán dos modelos basados en la estimación del puntaje de propensión, el cual se define como la probabilidad de participar en el grupo de tratamiento dadas las características observables de los individuos. Este valor se puede estimar a partir de un modelo econométrico Logit o Probit. En este caso la variable explicada tomaría valores 1 cuando el niño, niña o adolescente participa en el programa y 0 cuando no participa. Las variables que se consideran para el emparejamiento son variables sociodemográficas y variables asociadas a riesgo: edad, sexo, ingresos al 24 Horas durante el año anterior, puntaje de riesgo delictual (ASSET) y categoría de delito en línea base (Propiedad, Otro o Sin delito).

A continuación, se detalla la metodología básica que sustenta los dos tipos de modelos aplicados en base al cómputo de los puntajes de propensión, explicando primero el modelo basado en emparejamiento por puntaje de propensión (PSM) y luego el modelo de ponderación por el inverso del puntaje de propensión (IPW).

7.1.2.1 Estimación por emparejamiento (PSM)

Una primera alternativa para resolver el problema de grupos de comparación disimiles es hacer un emparejamiento de las variables observables entre los grupos para comparar así solo a individuos que comparten las mismas características. Sin embargo, esto reviste una particular dificultad práctica cuando se requiere emparejar por varias características, pudiendo además generarse un problema de soporte común al no existir casos en ambas muestras que compartan exactamente las mismas características observables. Esto puede ocurrir frecuentemente cuando existe un número importante de covariables o cuando estas toman valores continuos, haciendo que la posibilidad de un pareo exacto sea más difícil.

Para resolver este problema Rosenbaum y Rubin (1983) proponen un método conocido como "*Propensity Score Matching*". Esta técnica busca parear el grupo que recibió el programa con el grupo de comparación a partir del puntaje de propensión. Así, para este modelo es fundamental estimar el puntaje de propensión y luego realizar el emparejamiento en base al valor especifico obtenido en el puntaje de propensión, buscando hacer coincidir este puntaje entre individuos del grupo que recibió el tratamiento con aquellos con puntajes similares que no recibieron el tratamiento, para lo cual es posible establecer un rango de tolerancia para el pareo de dichos puntajes.

Finalmente, para determinar si el procedimiento de pareo fue exitoso es necesario analizar que las covariables utilizadas para la estimación del puntaje de propensión se encuentren balanceadas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control.

7.1.2.2 Estimación por ponderación por el inverso del puntaje de propensión (IPW)

El uso de este método tiene sus orígenes en la estadística inferencial, donde se utilizan ponderadores para corregir los estimadores poblacionales cuando se tienen observaciones con probabilidades desiguales de selección. Del mismo modo, también se utilizan ponderadores para la corrección de no respuesta y atrición muestral.

Bajo el mismo principio descrito anteriormente la aplicación de ponderadores para la estimación del efecto causal busca la construcción de una muestra sintética en que la distribución de las covariables sea independiente de la asignación del tratamiento. Esto se logra ponderando la muestra por el inverso de la probabilidad de selección de cada grupo (tratamiento y control), estimando esta probabilidad de selección a través del puntaje de propensión. De este modo, se busca hacer que las características de los dos grupos ponderados en promedio sean idénticas entre sí o muy similares.

Esta técnica requiere obtener primero los puntajes de propensión para luego formar ponderadores para cada observación de la muestra. Específicamente el ponderador que se aplica viene dado por una formula sencilla. Por ejemplo, si el puntaje de propensión viene dado por "p" y la asignación del tratamiento viene determinada por una variable dicotómica "t", donde t=1 indica que la persona participó en el programa y t=0 que no, los ponderadores se computarían de acuerdo con la siguiente expresión:

$$Ponerador = \frac{t}{p} + \frac{(1-t)}{(1-p)}$$

De la expresión anterior al reemplazar la variable dicotómica de tratamiento "t" se obtienen dos posibilidades. Si t=1, es decir es un caso con programa, la muestra correspondiente se pondera por el inverso de su probabilidad de selección: 1/p. En caso de que t=0, es decir que se trata del grupo de control, el ponderador a aplicar sería el inverso de la probabilidad de ser parte del grupo de control, es decir: 1/(1-p).

7.2 Conformación de la muestra para el estudio retrospectivo

A continuación, se describe el proceso general para la construcción de las muestras seleccionadas para la evaluación de impacto retrospectiva del programa MST, para lo que es fundamental entender cuáles son las principales fuentes de información requeridas para la conformación de la base de datos maestra definitiva.

También es importante hacer presente que, respecto al estudio retrospectivo en sí, la recepción de los datos requeridos ha sido el punto que más ha dificultado su ejecución. Al ser un esquema de datos complejo que ha involucrado información de terceras instituciones participantes, se han producido retrasos bastante considerables en cuanto a disponer de la información completa requerida. Con ello, la falta de información relevante ha implicado un trabajo activo de la contraparte y el ejecutor del estudio para buscar estrategias y adecuaciones metodológicas que permitan destrabar y acelerar los procesos para la obtención de la información requerida.

A pesar de las múltiples dificultades que ha conllevado poder contar con información completa para la evaluación retrospectiva del programa, finalmente, se logró obtener la información básica necesaria para poder llevar a delante la evaluación de impacto, permitiendo así, a partir de un esfuerzo prácticamente sin presentes en otras investigaciones poder contar con información de diversas instituciones como son: La Subsecretaría de Prevención del Delito, Carabineros de Chile a través de Zonafam, Sename, el Ministerio Público y el Ministerio de Desarrollo Social.

A continuación, se da cuenta de cada una de las piezas de información que se recopilaron para el estudio.

1. Base de datos con casos del grupo de tratamiento. El grupo de tratamiento estaba identificado desde el inicio del estudio. Sin embargo, la metodología exigía el cruce con la información de los EDT, lo cual requirió bastantes horas de revisión, procesamiento y validación de datos para un correcto cruce. Con ello se logró obtener información de ingresos al programa vinculados con la evaluación

diagnóstica realizada por los equipos EDT y los puntajes del instrumento de riesgo ASSET.

2. Base de datos para construir el grupo de control en base a Senainfo. Esta base de datos correspondía a la base original desde la cual se extraería el grupo de control, sin embargo, no contaba con información del listado 24 horas ni tampoco con medidas de riesgo relevantes que permitieran comparabilidad con el grupo de tratamiento. La base de datos requerida fue entregada en su versión final el 14 de junio de 2016, no siendo utilizada finalmente para los análisis.

3. Base de datos con casos del grupo de control EDT. Ésta corresponde a la base de datos para la construcción del grupo de control definitivo, el que finalmente reemplaza a la base de datos descrita en el punto 2 y requirió un procesamiento y validación de información de cada caso.

4. Base de datos con ingresos al listado 24 horas desde 2010 por parte de la Zonafam de Carabineros de Chile. Se hizo entrega de esta base al equipo consultor el 23 de agosto de 2017 por parte de la SPD.

5. Base de datos con el cruce del grupo de tratamiento y control con registro de condenas, formalizaciones y medidas cautelares por parte del Ministerio Público. El quipo consultor tuvo acceso a los datos definitivos el 21 de noviembre de 2017.

6. Base de datos con cruce de los grupos de tratamiento y control con registros de escolaridad y formalidad laboral que aportará el Ministerio de Desarrollo Social. El quipo consultor tuvo acceso a las bases de datos definitivas el día 1 de diciembre de 2017.

Cabe señalar que las bases de datos que maneja el equipo consultor no incluyen información de personal que permitiera identificar a los usuarios ya que estos fueron provistos con un código MSTCOD por parte de la Subsecretaría. En el caso del Ministerio Público los datos fueron codificados por esta institución entregando un código artificial denominado IDFN y en el caso del Ministerio de Desarrollo Social también se utilizó una codificación denominada RUT FALSO.

7.2.1 Muestra para el grupo de tratamiento

El grupo de tratamiento consiste en los NNA egresados de MST durante 2013 y 2014. Las bases de datos del grupo de tratamiento contienen información demográfica básica, las fechas de ingreso al programa MST, las fechas de egreso de MST y el motivo de egreso,

además, esta información está asociada a las bases de datos de los EDT, específicamente al registro que dio origen a la derivación al programa, lo que incluye historial de ingresos previos al 24 horas, evaluación ASSET y categoría agregada de delito. Esta base de datos fue proporcionada por la SPD y ha debido ser corregida en cuanto a la consistencia de información y validación de casos para la base de datos definitiva.

En este sentido es importante destacar ciertas dificultades en el registro de información que se han observado al memento de asociar la información de los EDT con MST. El principal problema es la falta de trazabilidad existente entre la base de los EDT y la base de ingresos a MST. Si bien existe un código único identificador de los casos, denominado ILOCAL, el cual tiene presencia en ambas bases de datos, se pudo determinar que en no existe una vinculación correcta para todos los casos, existiendo ciertos errores de vinculación o incluso registrándose códigos incompletos.

En consecuencia, para poder vincular los datos de ingresos a MST con la información de los EDT de forma exacta, la Subsecretaría en línea con las instrucciones sugeridas por el Consultor, debió utilizar criterios de coincidencia múltiples para la vinculación de información, los cuales estaban basados en las siguientes variables: ILOCAL, RUT, nombre completo y fecha de nacimiento de los NNA. En una primera etapa, este procedimiento vinculaba casos con el mismo RUT o mismo código ILOCAL, para los cuales se revisaban si los nombres coincidían. Para los casos en que no coincidían los nombres o que no fue posible vincular con un RUT o código ILOCAL, se realizó un pareo en base a los nombres y fechas de nacimiento[124].

También fue posible cotejar que las bases de datos de los EDT más actualizadas no contenían toda la información relevante, debiendo recurrir a versiones previas consolidadas de las bases de datos para completar la información. Si bien esta pérdida de información resulta ser acotada, es relevante tenerla en consideración para propósitos de registro. Así se debió recurrir a bases de datos antiguas que incluían más información. En resumen, se buscaron 1130 casos del grupo de tratamiento en los registros EDT actuales, encontrándose 1014 casos, los cuales fueron complementados con 93 registros obtenidos a partir de bases de datos anteriores.

[124] Para las fechas de nacimiento también se detectaron inexactitudes. Por un lado, había un mal ingreso de la información, común en los procesos de digitación de datos. Po otro lado, se detectó un error de carácter más sistemático, donde se observan fechas ingresadas indistintamente en formato de Estados Unidos (mm/dd/aa) o en formato español (dd/mm/aa).

Una vez vinculada la información de los ingresos MST con la información de los EDT y por ende del ASSET, se procedió a seleccionar el registro que daba origen al ingreso al programa MST. Para ello, se revisó en la pestaña "Derivado a" si el programa daba origen a ingreso a MST, cotejándose además que la fecha en que se hizo la evaluación del ASSET haya sido anterior a la fecha de ingreso a MST.

Luego de los procesos de chequeo de RUT y fecha de nacimiento, que cumpliera con al menos 21 puntos en el ASSET y que las fechas de ingreso y egreso de tratamiento fuesen consistentes entre sí se obtuvo una muestra total de 995 casos.

Finalmente, para ser considerado como un ingreso al programa MST válido para propósitos de evaluación, se consideraron tres casos de egreso: aquellos que finalizaron el programa, aquellos que desertaron por falta de adherencia o motivación y aquellos que fueron reubicados en algún centro o familia de acogida por algún evento ocurrido durante la ejecución del programa. De este modo, se dejaron fuera un total de 88 casos con salidas administrativa consideradas externas al programa, siendo la principal el cambio de domicilio a una comuna sin MST, con el 52% de los casos en esta situación, seguido por retiro administrativo del caso con el 33%, un 13% por reubicación por un hecho previo al ingreso al programa y un 2% por retiro del caso por falta de financiamiento. A continuación, se describen en detalle los motivos de egreso, para lo cual se deben considerar los puntos 1, 2 y 3 como los casos que efectivamente pasaran a formar parte del grupo tratado por el programa:

1. Finalización: el NNA fue dado de alta en función de un mutuo acuerdo entre el cuidador/es principal/es y el equipo de MST sobre el logro de los objetivos establecidos (se han mantenido o no se han logrado y se ha alcanzado un punto en que mayor tiempo de tratamiento no se traduce en avances en el logro de éstos).
2. Falta de compromiso: La decisión para egresar al NNA fue realizada porque MST no fue capaz de lograr un compromiso de la familia con el tratamiento, pese a la persistencia del terapeuta para lograr este objetivo.
3. Reubicación: El NNA fue reubicado en un espacio restringido (centro de detención, reubicación residencial), o en una familia de acogida durante un tiempo que no permite la continuidad de la participación del joven en MST, por un evento ocurrido durante el tratamiento.
4. Reubicación, evento previo: el joven fue reubicado en un espacio restringido (centro de detención, reubicación residencial), o en una familia de acogida debido a un evento u ofensa que ocurrió previo al comienzo del tratamiento MST.

5. Remoción/retiro administrativo del Programa MST: El joven fue removido del programa por la administración del programa MST debido a temas administrativos o decisiones no relacionadas con el avance del caso.
6. Remoción/retiro administrativo de fuente de financiamiento/derivación: El joven fue removido del programa por la fuente de financiamiento o derivación debido a temas administrativos o decisiones no relacionadas con el avance del caso.
7. Mudanza: La familia se cambió de comuna en otra en donde no está MST.

7.2.2 Muestra grupo de control

A continuación, se describe la conformación del grupo de control utilizado para el estudio, comenzando por una descripción breve del grupo inicial y sus limitantes, para luego finalizar con las consideraciones metodológicas y conformación del grupo de control definitivo.

7.2.2.1 Grupo de control inicial

El grupo de control inicial correspondía a una base de datos innominada de niños, niñas y adolescentes que contaban con registros históricos en Sename, que tuvieran las mismas edades de la cohorte de egresados de MST (grupo de tratamiento). Para ello, Sename proporcionó una base de datos con 306.216 registros innominados correspondientes a 146.939 casos, la cual fue analizada por el equipo consultor. En principio contar con un importante volumen de casos para el grupo de control parecía bastante razonable, pero finalmente se pudo constatar que la información de caracterización no era suficiente para la comparación de este grupo con el grupo de tratamiento, lo que, sumado a tener un grupo tan grande, aumentaría las posibilidades de seleccionar casos erróneos para el grupo de control. A continuación, se exponen las razones específicas de por qué se generarían estos problemas:

En primer lugar, la información de Sename originalmente debía cruzarse con ingresos al listado PSI 24 Horas de Carabineros para así contar con una variable que permitiera generar un subgrupo de control más comparable con los casos que participaron en MST, ya que estos últimos en su mayoría, alrededor del 85%, contaban con ingresos al listado 24 Horas al momento de ingresar al programa. Sin embargo, este cruce no fue posible puesto que hubiese implicado la vinculación de un enorme volumen de información, lo que no fue aprobado por las instituciones requeridas. Así, al no contar con un historial de detenciones para el grupo de control se debilitaba la asociación de NNA del grupo de control inicial con NNA del programa MST.

En segundo lugar, no era posible configurar el principal criterio de inclusión utilizado para el ingreso al programa MST a partir de las bases de datos de Sename. Este criterio de inclusión se basa en una evaluación de riesgo a partir del instrumento ASSET, donde para ingresar al programa se debía contar con al menos 21 puntos en dicho instrumento. Al no contar los casos de Sename con esta información no era posible conocer el nivel de riesgo de los NNA del grupo de control original, limitando enormemente la posibilidad de comparar grupos de similares riesgos de reincidencia. En definitiva, esto es bastante crítico para la evaluación, dado que el criterio de inclusión utilizado debería estar fuertemente asociado con a la variable de resultado que se busca medir, con lo cual estaríamos omitiendo una variable fundamental para la evaluación retrospectiva del programa, abriendo una ventana a potenciales sesgos de sección importantes.

En definitiva, el grupo de control inicial no contaba con información suficiente para generar un escenario contra-factual confiable, ya que sólo era posible identificar algunas variables de riesgo administrativas, a saber: ingresos previos a la red y tiempo de intervención previo, las cuales eran insuficientes para conformar un perfil de riesgo similar al observado en el grupo que recibió el programa MST, al no incluir al menos dos variables críticas: ingresos al listado 24 horas y puntaje ASSET, imposibilitando de este modo las posibilidades de balance en estas variables para ambos grupos (control y tratamiento).

7.2.2.2 Conformación y justificación del nuevo grupo de control

Teniendo como antecedente lo descrito en el punto anterior, se optó por examinar alternativas que pudiesen conducir a la conformación de un mejor grupo de control a partir de la información recopilada por los Equipos de Detección Temprana. Durante este proceso se identificó un grupo de casos que cumplieran con condiciones clínicas similares a las de los casos que ingresaron formalmente al programa MST, pero que no recibieron el programa principalmente por estar recibiendo otra intervención, en la mayoría de los casos, por no contacto futuro (cambio de domicilio, datos de contacto inválidos o falta de interés) o estar prontos a cumplir la mayoría de edad.

De este modo, se configuró un grupo de control compuesto por los casos ingresados al EDT entre 2012, 2013 o 2014 y que fueron evaluados con el instrumento ASSET y obtuvieron 21 o más puntos, pero que, sin embargo, no ingresaron a MST. Con ello, se logró constituir dos subgrupos con características deseables para la conformación del grupo de control final:

1. El primer subgrupo consiste en los casos que cumpliendo los criterios de inclusión no fueron derivados a MST por múltiples causas descritas en la base de los EDT, específicamente en las observaciones y en la columna "vigencia" la cual indica si el NNA ya se encontraba vigente en otro programa. Dentro de estas causas, tal como ya se identificó, destaca principalmente el estar vigente en algún programa de la red al momento de la evaluación, tanto de sanción como de prevención, no contar con la disposición inicial de la familia, no contacto y estar a punto de cumplir la mayoría de edad. La primera captura de este grupo, tal como se señala, se obtuvo filtrando los casos que obtuvieron un puntaje ASSET de 21 puntos o más y que no indica derivación a MST en la columna "Derivado a".

2. Un segundo subgrupo está conformado por aquellos adolescentes ingresados al EDT durante 2012, 2013 o 2014, que a diferencia del subgrupo 1, sí fueron derivados a MST, pero finalmente tampoco ingresaron al programa. Estos grupos están conformados por dos muestras:

    - Casos derivados a MST, pero registrados como "No ingresados" al programa, los cuales refieren a casos con cambio de domicilio o que en que los tutores no desean participar en el programa.
    - Casos derivados a MST, pero registrados como "En espera" por falta de cupo inmediato, sin ingresos posteriores a MST, los que al no entrar inmediatamente al programa terminaron por ingresar a otros programas o no lograron ser contactados.

En definitiva, los dos subgrupos descritos anteriormente pasan a formar un único grupo de control final que en términos generales estaría conformado por aquellos casos con 21 puntos en el ASSET que no fueron derivados a MST por factores distintos a los criterios de exclusión o que siendo derivados no ingresaron.

Con el objeto de hacer el grupo de tratamiento más comparable con el grupo de control, se excluyeron los casos que presentaban criterios de exclusión del programa, como son: no tener un adulto responsable, presentar algún problema psiquiátrico u otro factor relevante como que el joven haya tenido una intervención de MST familiar a través del

hermano. En total, el grupo de control queda conformado por 893 casos, 661 del primer subgrupo y 232 del segundo subgrupo[125].

Estos grupos de control identificados en las bases de los EDT tienen importantes ventajas en comparación al grupo de control originalmente definido que refería a la base de datos de casos atendidos por Sename, sin perjuicio que en el nuevo grupo de control muchos de los casos también hayan tenido intervenciones en Sename. En primer lugar, es posible establecer para el grupo de control las mismas condiciones de ingreso al programa MST que el tratamiento, las que básicamente consisten en: 1) que los participantes sean ingresados al Equipo de Detección Temprana y que 2) hayan obtenido al menos 21 puntos en la evaluación realizada a partir del ASSET.

Con relación al criterio 1 es importante mencionar que la principal fuente de ingreso al EDT es a través del Listado 24 horas de Carabineros de Chile, el cual contiene información sobre el delito o infracción cometida y sobre el historial previo de los potenciales beneficiarios del programa, información relevante que no estaría disponible en el grupo de control Sename originalmente estipulado.

En relación con el punto 2 es importante clarificar que obtener 21 puntos en el ASSET demarcaría un perfil delictual de alto riesgo, perfil que difícilmente podría ser homologado a partir de información administrativa, ya que responde a factores motivaciones, de características personales y del hogar, los cuales no se encuentran disponibles en los registros administrativos. En consecuencia, al no ser observable la evaluación de riesgo a través del ASSET existía una alta probabilidad de comparar el grupo de tratamiento con un grupo de control de menor riesgo. En consecuencia, bajo el nuevo esquema para la conformación del grupo de control se está previniendo un potencial sesgo importante en la evaluación de impacto al considerar el puntaje ASSET como una variable relevante en el modelo.

A pesar de que el nuevo grupo de control propuesto presentaría una mejor comparabilidad con el grupo de tratamiento, es importante advertir que tampoco estaría exento de potenciales sesgos, propios de cualquier metodología cuasiexperimental. Uno de los problemas más relevantes cuando se busca estimar el impacto de algún programa utilizando como grupo de control a personas elegibles que no recibieron el programa, es la existencia de un diferencial de riesgo entre el grupo de tratamiento y el grupo de control

[125] Para los análisis posteriores el grupo de control utilizado será tendrá un número inferior debido principalmente a información insuficiente en determinadas variables relevantes. Especialmente a lo referido al tipo de delito específico registrado en la base de datos de los EDT.

asociados a la regla de decisión sobre la provisión del programa, regla que muchas veces puede estar asociada a una menor motivación o a un riesgo distinto. Sin embargo, este potencial sesgo debería ser bastante acotado a juicio de los investigadores, al considerar la nueva conformación del grupo de control propuesta, ya que: por un lado, si bien podría existir el factor motivacional, se observa que los casos contemplados para el grupo de control en su mayoría no reciben el programa principalmente para evitar una sobre intervención de los NNA que se encontraban vigentes dentro de otros programas, o por otras causas no clínicas, como el cambio de domicilio o estar pronto a cumplir la mayoría de edad.

Adicionalmente, la existencia de diferencias de riesgo de reincidencia delictual entre los grupos de tratamiento y control sería observable a través de los puntajes ASSET y los registros administrativos sobre tipo de delito, con lo cual, en definitiva, se podría controlar/corregir por este diferencial de riesgo de forma directa, ya sea utilizando la medición de riesgo como una variable de control en un modelo de regresión múltiple o bien realizando alguna comparación entre los grupos en base a puntajes de propensión a partir de sus características de riesgo y demográficas.

Finalmente, es importante destacar que, si bien el instrumento ASSET en Chile no ha tenido un proceso de validación formal, existen indicios metodológicos con relación a sus características psicométricas que dan cuenta que este instrumento funcionaría adecuadamente para fines de evaluación previa a la intervención y como herramienta de segmentación y derivación, dado que presenta consistencia interna satisfactoria, así como su validez predictiva global adecuada (Hein, 2014). Asimismo, el estudio prospectivo muestra evidencia preliminar en cuanto a la validez de constructo del ASSET al compararlo con la “Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos” (FER-R), instrumento validado para jóvenes en Chile.

Se suma a las características deseable previamente señaladas el hecho que el ASSET es el único instrumento por el cual es evaluada la población objetivo del programa en cuanto a riesgo, lo cual homologa criterios de detección de riesgos en todos los equipos del país y durante los diversos años de aplicación de este como herramienta diagnóstica.

7.2.3 Variable de interés y seguimiento

En base a la información recopilada para el estudio se identificaron las principales variables de interés que serían utilizadas como insumos para la construcción de

indicadores que permitieran evaluar el impacto del programa MST. A continuación, se describen estas variables de interés.

Un primer indicador de interés es el de nueva conducta delictual, puesto que es de interés del estudio retrospectivo evaluar si el programa MST tuvo algún efecto en términos de prevenir el involucramiento delictual futuro de los NNA egresados del programa.

El indicador de nuevo contacto es medido de dos formas: la primera como nuevos ingresos por infracción al listado PSI 24 horas de Carabineros de Chile; y la segunda, como contactos con el sistema de enjuiciamiento penal a partir de formalizaciones en el Ministerio Público. Para este último caso, además de permitir medir el involucramiento en hechos delictivos de adolescentes, permitiría medir las formalizaciones como adulto, lo cual es relevante ya que el listado 24 horas sólo registra las detenciones de menores de 18 años, generando un truncamiento en los datos. Sin embargo, se debe considerar que las formalizaciones solo pueden ocurrir para adolescentes imputables, vale decir de 14 o más años, con lo cual tampoco será posible estimar el nuevo contacto por formalizaciones para toda la muestra de NNA.

Es importante mencionar que dentro del estudio se había contemplado incluir condenas también dentro de las variables de resultado, sin embargo, esta posibilidad tuvo que desecharse debido a un problema de pseudo-reincidencia particularmente grave dentro del grupo de estudio. Este problema se genera por el hecho que la principal vía de ingreso al programa MST es a través del listado 24 horas, es decir por detenciones, las cuales podrían derivar en formalizaciones y luego sentencias condenatorias. De este modo, el problema surge puesto que las condena, a diferencia de la formalización, se demora en ser dictaminada debido a los tiempos que se requieren para la investigación y procesamiento del caso, estimándose en promedio un periodo de aproximadamente 6 meses entre la formalización y condena. Así, una importante proporción de la población bajo estudio será condenada en algún momento por un hecho anterior a la línea base, contaminando así los análisis posibles en base a condenas.

Un segundo tipo de indicadores de interés son los denominados de inserción social, para los cuales sólo se pudo establecer indicadores de inserción educativa, ya que la inserción laboral formal en la población bajo estudio fue extremadamente baja, no pudiendo realizar estimaciones medianamente confiables. Así, en el caso de la inserción educativa, ésta será medida en dos momentos: como porcentaje de matrícula efectiva, entendida como matricula con un nivel de asistencia mayor a cero y como el porcentaje de asistencia condicional a estar matriculado.

Es importante considerar también que los indicadores propuestos para abordar la inserción educativa y laboral pueden no reflejar necesariamente la realidad de la totalidad de jóvenes del programa al existir casos que acceden a programas educativos alternativos o trabajos informales que no necesariamente figuran en los registros del Ministerio de Educación o del Ministerio del Trabajo. Sin embargo, estos indicadores son relevantes de considerar tanto por la dificultad de medir trabajo informal o uso de otras alternativas educativas, así como por ser indicadores de inserción formal que podrían dar luces sobre resultados del programa en este tipo de inserción de carácter más formal.

El período de observación para el cual se busca reportar el impacto del programa es de 12 meses desde el egreso, pero, sin perjuicio de lo anterior, se contemplan mediciones complementarias desde los 3 meses hasta un máximo de 24 meses desde el egreso.

7.2.4 Caracterizaciones de la muestra bajo estudio

Este apartado describe a los NNA beneficiarios del programa MST que forman parte de la cohorte del estudio retrospectivo. Con ello se busca caracterizar a la población objetivo del programa MST, además de poder contrastar, en la línea base, las características del grupo de tratamiento con las del grupo de control antes de los ajustes estadísticos realizados en la evaluación de impacto.

La muestra de casos del grupo de tratamiento para efectos del presente análisis está compuesta por 990 casos para el grupo de tratamiento y 892 casos para el grupo de control[126]. La cual corresponde a una muestra más grande que la utilizada para los análisis finales, principalmente debido a la exclusión de casos que no registraban historial previo en el 24 Horas.

7.2.4.1 Distribución por sexo y edad

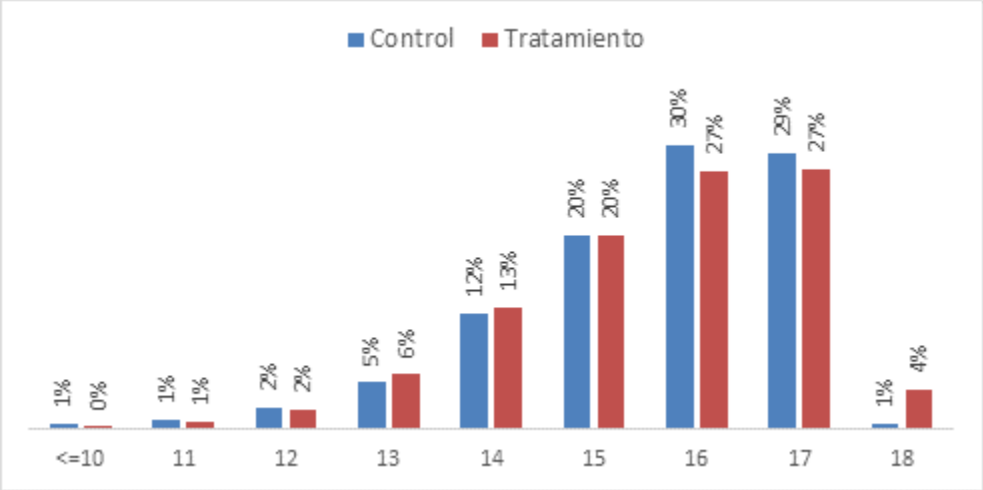
Respecto al sexo de la población objetivo se observa que tan solo un 22% estaría compuesto por mujeres, con lo cual el 78% restante serían hombres. Si se observa esta distribución para el grupo de control, se observa una distribución muy similar, con 23% mujeres y 77% hombres.

[126] Aquí no se encuentran incluidos los casos que no habían sido ingresados por al 24 Horas o que no contaban con un delito específico en el registro de delitos. Estos casos, posteriormente para el análisis serán descartados al no incluir información precisa sobre una variable explicativa relevante sobre la categoría delictual presente en la línea base.

Al momento de ingresar al programa TTD el grupo de tratamiento tenía en promedio 15,2 años, luego al momento del egreso del programa tenía 15,6 años, evidenciando así poco más de 4 meses entre el ingreso y el egreso del programa. Por su parte el grupo de control al momento de la aplicación del ASSET tenía en promedio 15,5 años.

Para un mayor detalle, se muestra a continuación una gráfica con la distribución de las edades de los grupos de tratamiento y control en la línea base.

Gráfico 32: Distribución de las muestras por edad al momento de seguimiento cero



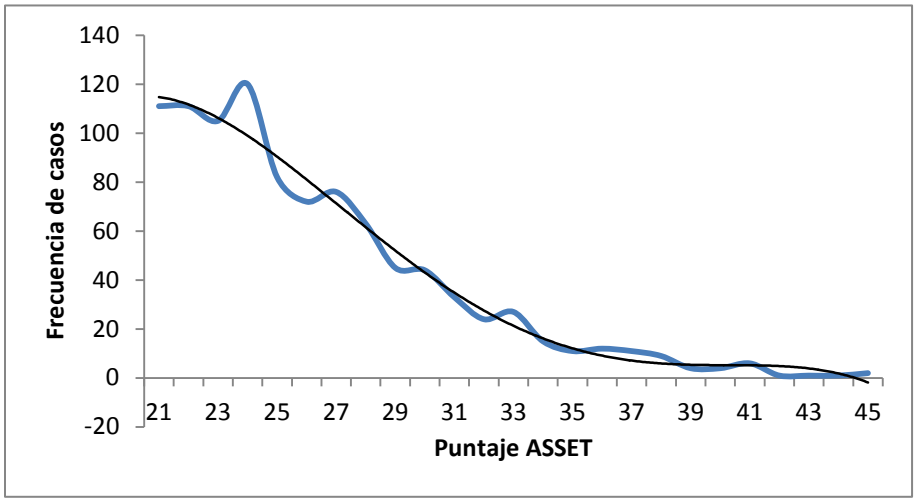
El grafico anterior muestra una mayor concentración de NNA ente los 16 y 17 años, totalizando entorno al 54% de los casos dentro de ese rango etario para el grupo de tratamiento y 59% para el grupo de control. Se observa además que las mayores diferencias se encuentran en los 18 años con más casos en el grupo de tratamiento. Esto debido a que la línea base para el grupo de tratamiento se fija al egreso del programa, mientras la línea base del control, por ausencia de programa, se fija simplemente en el momento en que se aplica el ASSET. En consecuencia, es esperable que un grupo de NNA del tratamiento que estaba pronto a cumplir la mayoría de edad efectivamente la haya cumplido al momento de su egreso del programa.

7.2.4.2 Distribución por riesgo en el instrumento ASSET

Con relación al riesgo el grupo que participó en MST tiene un promedio de puntaje ASSET igual a 26,2 puntos, con una desviación estándar de 4,6 puntos. Valores similares se evidencian para el grupo de control, donde el promedio ASSET es de 26,4 puntos con una desviación estándar de 4,8 puntos.

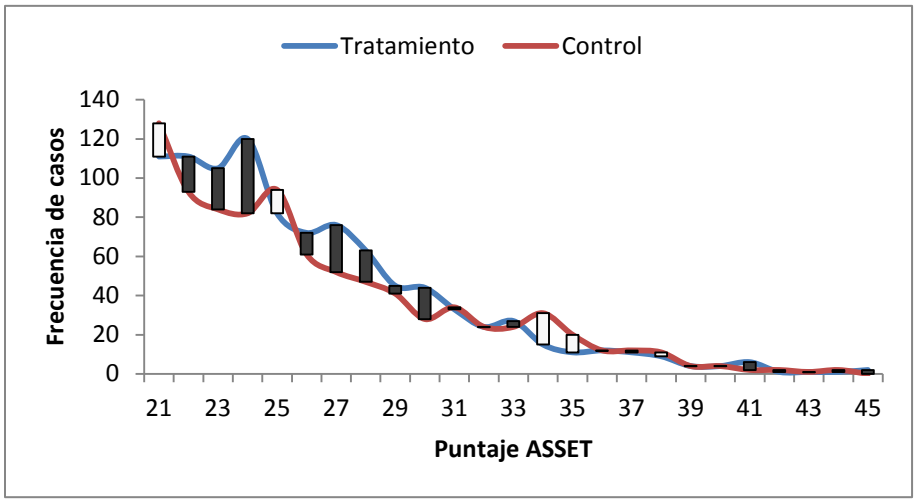
Al analizar la distribución de frecuencias por cada puntaje ASSET obtenido en el grupo de tratamiento, se observa una mayor proporción de casos para los puntajes más bajos. Esta proporción va cayendo aceleradamente hasta los 35 puntos, desde donde comienza a observarse una disminución bastante menos pronunciada conforme aumenta el puntaje de riesgo. En el siguiente gráfico se muestra el detalle visual.

Gráfico 33: Distribución del grupo de tratamiento por puntaje ASSET



Para mayor detalle, a continuación, se presenta la comparación de las frecuencias de puntajes entre tratamiento y control, donde se expresan con barras blancas las diferencias en que el grupo de control cuenta con más casos y con barras negras si el grupo de tratamiento cuenta con más casos para cada puntaje específico del ASSET.

Gráfico 34: Comparación distribución del puntaje ASSET tratamiento vs control



A partir de la gráfica anterior, si se considera cada uno de los puntajes por separado, se registran ciertas diferencias en el número de casos registrados en cada puntaje específico del ASSET entre el grupo de tratamiento y control. Sin embargo, es importante notar que ambos grupos mantienen una distribución muy similar en cuanto a la tendencia de los puntajes.

7.2.4.3 Distribución por historial previo en el 24 Horas

En la base de datos que manejan los EDT existe un tipo agregado de registro denominado Tipo Delito, el cual responde precisamente al delito o causa del listado 24 horas que da origen a la evaluación y posterior ingresos al programa. En base a esta información se observa que la mayoría de los ingresos sucede por delitos contra la propiedad, tanto para el grupo de tratamiento como para el grupo de control, seguido luego de la condición de ingreso por vulneración de derechos.

A continuación, se muestra una tabla con el detalle de las categorías delictuales registradas en el EDT y la proporción de casos bajo dicha categoría para los grupos de tratamiento y control.

Tabla 79: Distribución de las muestras por categoría delictual de ingreso al EDT

Categoría de delito	Tratamiento	Control
Delitos sexuales	0,0%	0,2%
Delitos contra la propiedad	59,2%	62,2%
Delitos contra la integridad de las personas	0,1%	0,1%
Lesiones	1,7%	2,7%
Violencia Intrafamiliar	2,2%	4,1%
Delitos Ley 20.000 Drogas	1,7%	5,7%
Delitos Ley de control de armas	3,6%	3,5%
Amenazas	2,4%	3,0%
Vulneración de derechos	8,3%	6,8%
Otros*	3,8%	3,8%
Sin ingreso*	2,6%	1,8%
Sin información*	14,2%	6,0%
Total	**100%**	**100%**

Ahora bien, para tener una mejor perspectiva del historial delictivo de los grupos bajo estudio, es posible recopilar el historial previo de los NNA en el listado 24 Horas desde el año 2010. A partir de dicho registro se observa un alto volumen de ingresos previo al momento de la línea base. Para el grupo de tratamiento se cuenta con un total de 3.602 ingresos desde la fecha mencionada, de los cuales 2.512 son por infracción, 606 como inimputables y 484 por vulneración de derechos. En consecuencia, se observa que en promedio el grupo de tratamiento tiene 3,6 contactos con Carabineros previos al egreso de MST, lo cual debería ser incluso mayor si se considerara una fecha posterior a 2010 para registrar los ingresos previos en el listado 24 Horas.

Por su parte, el grupo de control a la fecha de su línea base, momento de aplicación del ASSET, cuenta con volúmenes similares de caso 3.074, de los cuales: 2.398 son ingresos por infracción, 347 como inimputables y 329 por vulneración de derechos. Teniendo así un promedio de 3,4 contactos previos con Carabineros de Chile por alguno de los motivos antes señalados.

Para un mayor detalle sobre las infracciones registradas, se presenta a continuación una tabla agregada por categorías agregadas de delito con el volumen de casos registrados en

cada categoría desde 2010 hasta la fecha de línea base para los grupos de tratamiento y control[127].

Tabla 80: Volumen de ingresos al 24 Horas desde 2010 por grupo de delito

Categoría delito	Tratamiento		Control	
	N	%	N	%
Homicidios	0	*0,0%*	1	*0,0%*
Lesiones	311	*8,6%*	279	*9,1%*
Delitos sexuales	21	*0,6%*	21	*0,7%*
Delitos contra la libertad de las personas	137	*3,8%*	126	*4,1%*
Violencia intrafamiliar (VIF)	144	*4,0%*	118	*3,8%*
Hurtos	1.255	*34,8%*	994	*32,3%*
Robos no violentos	599	*16,6%*	581	*18,9%*
Robos violentos	77	*2,1%*	85	*2,8%*
Otros contra la propiedad y económicos	248	*6,9%*	289	*9,4%*
Trafico y microtráfico de drogas	23	*0,6%*	26	*0,8%*
Otros delitos de la ley de drogas	42	*1,2%*	67	*2,2%*
Otros delitos	129	*3,6%*	111	*3,6%*
No Delito	616	*17,1%*	376	*12,2%*
Total	**3.602**	**100%**	**3.074**	**100%**

7.2.4.4 Distribución por historial previo en Sename

Finalmente, para la caracterización cabe hacer presente que las muestras de tratamiento y control han tendido múltiples ingresos a Sename, habiendo sido sancionados previamente por el sistema de justicia juvenil o bien ingresando a algún programa de protección de derechos.

Una primera aproximación a lo anterior se logra simplemente observando la situación de los NNA al momento de ser evaluado por el EDT, donde se observa que una alta

[127] Cabe señalar que esta tabla difiere en la agrupación de delitos respecto a la tabla anterior, puesto que la información que utiliza es extraída directamente del listado 24 Horas, donde se registran delitos específicos, permitiendo de ese modo hacer mejores desagregaciones de los grupos delictuales.

proporción de casos se encontraba vigente en algún programa de Sename. Específicamente, a partir de información administrativa de Sename, se logró cotejar que el 36% de los casos del tratamiento se encontraba vigente en algún programa de Sename al momento de aplicarles el ASSET: 19% se encontraba solo en Justicia Juvenil, 10% solo en Protección y el 7% restante estaba en ambos sistemas. Por su lado, el grupo de control muestra una mayor proporción de casos vigentes en programas de Sename, con un 40%, el cual muestra más casos con sanciones vigentes al momento de evacuación ASSET, con el 21% estando solo en esa situación, 7% solo en protección y el 13% restante en ambos sistemas.

Llama la atención que las diferencias en el grupo de control nos sean mucho mayores que el grupo de tratamiento, esto debido a que se podía esperar que la vigencia en programas de sanción dificulte la incorporación al programa. Sin embargo, cabe notar que el tratamiento no es incompatible necesariamente con la mayoría de las sanciones en justicia juvenil, tendiendo a ser más incompatible con medidas puramente restrictivas que imposibilitaran la adopción de este tipo de programa. Por ende, es posible encontrar, tanto para el grupo de tratamiento como para el grupo de control, una proporción importante de sanciones vigentes al momento de la evaluación por parte del EDT.

Ahora bien, con relación al historial previo en Sename, respecto a todos los ingresos sucedidos hasta la línea base, se puede apreciar un alto volumen de casos. Para el grupo de tratamiento se registran 2.195 ingresos previos y para el grupo de control 2.143. Si se considera el departamento al cual ingresaron se observa que en el grupo de tratamiento y control comparten proporciones similares, con 57% y 55% respectivamente en Protección de Derechos y con 42% y 44% respectivamente en Justicia Juvenil. En la siguiente tabla se describe el detalle de los ingresos previos a Sename por departamento de ingreso.

Tabla 81: Ingresos previos a Sename de los grupos por Departamento

Departamento al que ingresa	Tratamiento		Control	
	N	%	N	%
Adopción	4	0,2%	9	0,4%
Justicia Juvenil	917	41,8%	932	43,5%
Primera Infancia	24	1,1%	21	1,0%
Protección de Derechos	1250	56,9%	1181	55,1%
Total	**2.195**	**100%**	**2.143**	**100%**

7.3 Resultados de la evaluación de impacto de MST

7.3.1 Efectos de MST en el comportamiento delictual

Antes de ir directamente a los resultados, es importante tener presente una consideración metodológica importante para la interpretación de los resultados. Si suponemos que los modelos implementados son válidos internamente, es decir permiten aislar el efecto parcial del programa correctamente, es fundamental tener presente que la muestra utilizada corresponde a una cohorte en particular de NNAs atendidos y no atendidos por el programa (censo de esa cohorte), y no a una muestra representativa de dicha cohorte, por ende las diferencias de media para esa cohorte en particular mostrarían efectos promedios reales independientemente de su significancia estadística, ya que no estaría operativo el error muestral o tendería a cero. Sin embargo, sigue siendo relevante considerar la significancia estadística como una medida de variabilidad. Además, si interpretamos la cohorte sólo como una muestra representativa de todos los potenciales usuarios del programa, la significancia estadística debería ser considerada como un indicador de validez externa del programa, ya que la cohorte al ser ahora una muestra no estaría dando cuenta de toda la población de interés.

En resumen, en la cohorte particular bajo estudio siempre las diferencias encontradas van a ser diferencias reales, por muy pequeñas que estas sean, e independientemente de su nivel de significancia estadística. Ahora bien, para hacer interpretaciones sobre la población basados en la cohorte como muestra representativa de esta población, se vuelve más relevante considerar el factor de significancia estadística para determinar si los efectos son efectivos desde un punto de vista estadístico. De este modo, en lo que siegue se reportarán los efectos del programa y su significancia, prefiriendo ante igual impacto o tamaño del efecto, aquellos que muestren una mejor significancia estadística, sin necesariamente invalidar los efectos que no sean estadísticamente significativos para la cohorte en específico.

7.3.1.1 Ingreso al listado 24 Horas

Una primera variable de interés en la cual el programa MST busca influir, son los ingresos por detenciones que registra Carabineros de Chile en el listado PSI 24 horas. Por ende, se busca estimar si efectivamente existe evidencia que MST haya tenido algún impacto en

reducir la probabilidad de ser ingresado nuevamente al listado 24 Horas como infractor o inimputable. Para ello se estima el siguiente modelo estructural:

$$logit(D24h_i) = \alpha + \gamma t_i + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 Asset_i + \beta_4 CD_i$$

Como se observa en la expresión anterior, el modelo estructural plantea que la probabilidad de ser ingresado nuevamente al listado PSI 24 horas por infracción o como inimputable depende de distintos factores, los cuales se explican a continuación:

a) **La edad de los participantes:** Esta se computa a la fecha en que se comienza a hacer el seguimiento, de este modo para el grupo de tratamiento la edad se fija al egreso del programa MST y para el grupo de control la edad se computa a la fecha de aplicación del ASSET. Al respecto, cabe hacer presente que la edad es un factor sumamente relevante en cuanto al comportamiento delictual, de modo tal que éste se concentra preferentemente en ciertos rangos de edad por sobre otros. Con relación a esto Farrington (2003; en Requena, 2013) plantea que el rango de edad que va entre los 8 a los 14 años marca el comienzo más frecuente de la actividad delictiva, cuyo punto más alto de prevalencia se produce en la adolescencia tardía, esto es, entre los 15 y los 19 años, y cuyo abandono se comienza a producir progresivamente entre los 20 y los 29 años.
b) **Sexo de los participantes**: En general la literatura y la investigación empírica muestra que los hombres son altamente más propensos a cometer delitos que las mujeres, además de que estos últimos se asocian a una mayor reincidencia delictual. Por ejemplo, para Chile se observa que el 80% de los delitos analizados entre los años 1988 a 2000 por Nuñez et al (2003) fueron protagonizados por hombres, datos que son consistentes con la literatura comparada que se ha manifestado en un sentido similar (Wilson y Herrenstein, 1985). Respecto a las estadísticas de población penal vigentes en la actualidad en Chile, se observa que la proporción de hombres se encuentra en torno al 89%. Ahora bien, con relación a la reincidencia delictual, la literatura también ha estimado que las mujeres reinciden en una menor proporción que los hombres (Hypén, 2003; Lagan y Levin, 2002; y Nadetsu, 2009). En Chile, sin embargo, para población adulta la reincidencia por nueva condena se ha estimado ligeramente mayor para mujeres que para hombres, (Morales et. al., 2012), lo cual sin embargo podría responder a una diferencia en el tipo de delito en que las mujeres se especializan en una proporción mayor que los hombres.

c) **Historial delictual previo de los participantes (definido en la variable categoría delictual "CD"):** La literatura ha destacado que el historial delictivo previo es un factor de riesgo estático con un elevado poder predictivo de conductas delictivas

futuras (Andrews et al., 1990). Por otro lado, los datos observados a partir de los estudios de reincidencia relacionan ciertos tipos de delitos específicos con mayores niveles de reincidencia, así no es usual que se comentan delitos como homicidios, lesiones o delitos sexuales tan frecuentemente como aquellos delitos relacionados con la obtención de un redito monetario inmediato, tal como son los delitos a la propiedad (robos y hurtos principalmente). En este contexto, es importante distinguir los delitos a la propiedad del resto de delitos puesto que además de ser los delitos más frecuentes también presentan una mayor reincidencia. En definitiva, la variable "CD" distingue 3 categorías para medir el historial delictual en la línea base: 1) Delitos contra la propiedad; 2) otros delitos y; 3 una agrupación entre sin ingreso previo y vulneración, agrupándose solamente en tres categorías debido a las restricciones del tamaño de la muestra.

d) **Puntaje total obtenido a partir del instrumento de evaluación de riesgo ASSET.** Esta es la principal variable utilizada como mecanismos de selección de casos elegibles para el programa y que fue especialmente adaptada a Chile por la SPD para discriminar entre los casos con riesgo criminógeno alto de los casos con riesgo bajo o moderado. Así, su incorporación en el modelo queda determinada prácticamente por diseño.

Habiendo justificado las variables del modelo, se procederá a evaluar sus resultados. A continuación, se presentan los resultados de los parámetros estimados por el modelo como odds ratios (OR)[128].

Tabla 82. Resultados regresión logística para ingresos al 24 horas por infracción

[128] En relación a los resultados es importante tener en consideración que los odds ratios representan un cambio en las chances de darse una condición específica respecto a las chances de no darse esa condición ante un cambio positivo de una unidad en la variable explicativa. Así, se pueden tener tres resultados posibles: 1. OR = 1: Lo que no indicaría cambio en las chances de darse la condición respecto a no darse; 2. OR < 1: Lo que indicaría un cambio negativo en las chances de darse la condición respecto a no darse. Es decir, un cambio en la variable explicativa induciría a disminuir las chances de presentarse cierta condición; o 3.OR > 1: Lo que indicaría un cambio positivo en las chances de darse la condición respecto a no darse. Es decir, un cambio en la variable explicativa induciría a aumentar las chances de presentarse cierta condición.

Ingreso 24H 12 meses	Odds Ratio	Error Estándar	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
t (Tratado=1)	0,916	0,097	-0,83	0,407	0,744	1,127
Edad	0,877	0,038	-3,04	0,002	0,805	0,954
Sexo (Hombre=1)	1,818	0,230	4,73	0	1,420	2,329
PTJEASSET	1,053	0,012	4,4	0	1,029	1,077
Categoría delictual						
Otro delito (referencia)	-	-	-	-	-	-
Delito propiedad	2,035	0,282	5,14	0	1,552	2,669
Vulneración	1,323	0,304	1,22	0,224	0,843	2,076
Constante	0,995	0,777	-0,01	0,995	0,215	4,598

Teniendo en consideración los resultados posibles, en la tabla anterior se aprecia que las odds o chances relativos a reingresar al listado 24 horas de Carabineros por infracción son un poco menores para el grupo de tratamiento respecto al grupo de control entregando evidencia de un efecto favorable pequeño del programa. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, no pudiéndose rechazar por ende la hipótesis nula de igualdad de odds en la población total.

El resto de las variables analizadas muestra diferencias en los odds estadísticamente significativas, todas con niveles de significancia menores al 1%, a excepción de la diferencia entre ingresos por Vulneración con Otros delitos que no sería estadísticamente significativa. En consecuencia, se observa ante una mayor edad se disminuirían las chances de ingresar al listado 24 horas. Respecto al sexo se observa que los hombres casi duplican las chances de las mujeres de ingresar al listado 24 horas. También se observa que las chances de ingreso al listado 24 horas aumentan a medida que el puntaje ASSET aumenta en un punto, es decir a mayor riesgo, medido a través del ASSET, se observa efectivamente un aumento en la probabilidad de ser detenidos por infracciones a la ley en el futuro. Se puede apreciar que los NNA que fueron detenidos por haber cometido delitos contra la propiedad tienen bastante mayores chances, más del doble, de ser nuevamente detenidos por Carabineros, que los que cometieron algún otro tipo de delito. Finalmente, encontrarse en la situación de ingreso como vulnerado en promedio muestra más chances de ingresar al listado 24 horas que aquellos casos que en la línea base habían ingresado por delitos distintos a los delitos contra la propiedad, diferencia que en todo caso no es estadísticamente significativa.

Ahora bien, respecto a los efectos de tratamiento, utilizando los métodos basados en el puntaje de propensión por emparejamiento (psmatch) y por ponderación (ipw), se estiman tanto el efecto sobre la población total (ATE) como el efecto sobre la población tratada (ATET), observándose resultados similares a los de la regresión logística, donde se estima una pequeña diferencia en favor del programa, entre 2 a 3 puntos porcentuales de disminución en la proporción de detenciones en el 24 horas, pero que sin embargo no es estadísticamente significativa. A continuación, se detallan los efectos estimados:

Tabla 83. Efecto de MST, ATE y ATET, sobre probabilidad de ingreso al listado 24H por tipo de modelo

Ingreso 24H 12 meses	Coef.	EE Robustos	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
ATE (psmatch)	-0,021	0,029	-0,72	0,472	-0,079	0,037
ATE (ipw)	-0,020	0,025	-0,82	0,413	-0,069	0,028
ATET (psmatch)	-0,035	0,034	-1,02	0,306	-0,101	0,032
ATET (ipw)	-0,022	0,025	-0,87	0,382	-0,071	0,027

Efectos diferenciados

Una vez presentados los efectos generales, resulta relevante poder explorar efectos en variantes de la variable de resultado, así como también por distintos subgrupos. Con ello, es posible determinar efectos no observados bajo la panorámica general, así como también determinar cuáles serían los grupos específicos que muestran mayores diferencias a favor del grupo de tratamiento o a favor del grupo de control. En el presente apartado solamente se expondrán los resultados considerados más relevantes para el estudio, quedando en el Anexo 10 un resumen con todos resultados obtenidos a partir de los análisis diferenciados.

En primer lugar, con relación al análisis de variantes de la variable de resultado, se buscó poder determinar si el programa había tenido efectos en:

- Distintos tiempos de seguimiento: 3, 6, 12 y 24 meses.
- El promedio de ingresos al listado 24 horas
- La severidad del delito que se previene
- El tiempo que demora en reingresar al listado nuevamente el caso

En todos los casos anteriores los resultados se mantuvieron similares al resultado general, con pequeños efectos en favor del programa MST, pero ninguno mostraba ser estadísticamente significativo. En el único caso en que el efecto no fue favorable al programa es en el tiempo de reingreso, el cual muestra que los participantes del programa que reincidieron lo hicieron en promedio entre 11 y 22 días antes, siendo diferencias no estadísticamente significativas.

En segundo lugar, se realizaron estimaciones del efecto causal del programa para grupos diferenciados, los cuales fueron determinados en base a los siguientes criterios:

- Tramo de puntaje Asset (21-23; 24-28; 29-48)
- Tramos de edad: (10 a 13,9; 14 a 15,9; 16 a 18)
- Sexo (Hombres; Mujeres)
- Tipo de delito (Propiedad; Otro)
- Comportamiento más reciente o vigencia en programas (a) tipo de programa (sanción, protección) (b) ningún programa.

A partir de los análisis de las diferentes conformaciones de subgrupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente para los tramos de puntaje Asset, observándose reducciones en torno a 12 puntos porcentuales en la reducción de las nuevas detenciones para el grupo de mayor riesgo. Los resultados se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 84. Efecto de MST, ATE y ATET, sobre probabilidad de ingreso al listado 24H por tipo de modelo

Puntaje ASSET	ATET	EE Robustos	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
PSMATCH						
Entre 21 a 22 pts,	0,032	*0,069*	0,47	0,641	-0,103	0,167
Entre 23 a 28 pts,	0,060	*0,045*	1,33	0,184	-0,029	0,150
Entre 29 a 48 pts,	-0,121	*0,062*	-1,95	0,051*	-0,242	0,001
IPW						
Entre 21 a 22 pts,	0,001	*0,053*	0,02	0,984	-0,103	0,105
Entre 23 a 28 pts,	0,023	*0,036*	0,63	0,528	-0,048	0,093
Entre 29 a 48 pts,	-0,126	*0,049*	-2,59	0,01*	-0,221	-0,031

7.3.1.2 Formalizaciones

Una segunda forma para medir los resultados del programa en cuanto a la reiteración de la conducta delictual son las formalizaciones, las cuales tienen la ventaja de permitir un seguimiento para los jóvenes de 18 años o más, puesto que incluirían las formalizaciones dentro del sistema de adultos. Además, este indicador permite despejar aquellas detenciones que han sido consecuencia de una conducta no delictual, como, por ejemplo, situaciones de vagancia. Con ello, el indicador de formalizaciones sería el indicador que reflejaría más fielmente los resultados del programa. Sin embargo, solo es posible medir los resultados para la cohorte de 14 años o más, puesto que no es posible que menores inimputables, menores de 14, sean formalizados bajo el sistema de justicia penal.

De forma análoga a los ingresos al 24 horas, se obtienen los contactos por formalizaciones donde la variable dependiente (F), toma un valor igual a 1 si el NNA fue formalizado por la justicia durante los 12 meses de seguimiento y cero si no, lo cual incluye tanto el sistema de responsabilidad penal adolescente como el sistema penal de adultos. Con ello, el modelo estructural viene dado por la siguiente regresión logística:

$$logit(F_i) = \alpha + \gamma t_i + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 Asset_i + \beta_4 D_Propiedad_i + \beta_5 D_Vulneración_i$$

Este modelo utiliza las mismas variables que los modelos anteriores, diferenciándose en que la muestra de casos es mayor que en el modelo en que la variable de resultado son nuevas detenciones registradas en el listado 24 horas, ya que en este último los jóvenes que cumplían 18 años al momento del egreso habían sido sacados de la muestra.

A continuación, se muestran los resultados del modelo expuesto anteriormente:

Tabla 85. Resultados regresión logística para formalizaciones por delito

Formalización 12 meses	Odds Ratio	Error Estándar	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
t (Tratado=1)	0,827	0,093	-1,680	0,092*	0,663	1,032
Edad	0,872	0,048	-2,470	0,013	0,783	0,972
Sexo (Hombre=1)	1,916	0,271	4,600	0,000	1,452	2,529
PTJEASSET	1,046	0,013	3,730	0,000	1,022	1,071
Categoría delictual						
Otro delito (referencia)	-	-	-	-	-	-

Delito propiedad	1,826	0,272	4,040	0,000	1,363	2,445
Vulneración	1,426	0,403	1,260	0,208	0,820	2,481
Constante	0,778	0,763	-0,260	0,798	0,114	5,320

Como se observa en los resultados del modelo Logit, las formalizaciones arrojan un resultado favorable del programa MST para el tramo de significancia de hasta un 10%, no siendo significativos los resultados para tramos menores de 5% ni 1%. Así, existiría evidencia a favor de que las chances de ser formalizado serían menores para el grupo atendido por MST si se compara con el grupo que no ingresó al programa.

Respecto a las otras variables explicativas, los sentidos de los efectos se mantienen similares a lo reportado en el caso de reingresos por nueva detención en el listado 24 horas. De este modo, se observa que las chances de ser formalizado disminuyen conforme aumenta la edad. También el hecho de ser hombre implica una mayor probabilidad de formalización futura, al igual que tener un mayor riesgo en la línea base a partir del Asset, o haber cometido un delito contra la propiedad.

Ahora bien, respecto a los efectos del tratamiento, utilizando los métodos basados en el puntaje de propensión por emparejamiento (psmatch) y por ponderación (ipw) para estimar tanto el efecto sobre la población total (ATE) como el efecto sobre la población tratada (ATET), se observan resultados favorables al programa, siendo estadísticamente significativos los efectos estimados para la población total, en ambos modelos, y para la población tratada, solo para el modelo de emparejamiento. A continuación, se detallan los efectos estimados:

Tabla 86. Efecto de MST sobre probabilidad de ser formalizado por delito

Formalizaciones 12 meses	**Coef.**	**EE Robustos**	**z**	**P>z**	**[95% Conf.**	**Interval]**
ATE (psmatch)	-0,063	0,031	-2,02	0,043*	-0,124	-0,002
ATE (ipw)	-0,044	0,026	-1,72	0,085*	-0,095	0,006
ATET (psmatch)	-0,060	0,034	-1,77	0,077*	-0,127	0,007
ATET (ipw)	-0,041	0,026	-1,57	0,118	-0,092	0,010

Efectos diferenciados

De forma análoga al análisis de los resultados por reingreso al listado 24 horas, para el caso de las formalizaciones se analizaron los mismos efectos diferenciados expuestos más arriba. De igual modo, en el presente apartado solamente se expondrán los resultados considerados más relevantes para el estudio, quedando en el Anexo 11 un resumen con todos resultados obtenidos a partir de los análisis diferenciados.

Con relación a las variantes de la variable de resultados, se encontraron efectos favorables y estadísticamente significativos del programa solo para el seguimiento a 12 meses del egreso del programa para el modelo de emparejamiento y solo para los 3 meses desde el egreso para el modelo por ponderación.

Tabla 87. Efecto de MST sobre probabilidad de ser formalizado por delito

Formalización	ATET	EE Robustos	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
PSMATCH						
3 meses	-0,028	0,027	-1,03	0,304	-0,080	0,025
6 meses	-0,027	0,031	-0,87	0,383	-0,087	0,033
12 meses	-0,060	0,034	-1,77	0,077*	-0,127	0,007
24 meses	-0,034	0,035	-1	0,319	-0,102	0,033
IPW						
3 meses	-0,046	0,020	-2,29	0,022*	-0,086	-0,007
6 meses	-0,032	0,024	-1,34	0,182	-0,078	0,015
12 meses	-0,041	0,026	-1,57	0,118	-0,092	0,010
24 meses	-0,019	0,026	-0,71	0,475	-0,070	0,033

Con relación a efectos por distintos subgrupos se pudieron determinar efectos estadísticamente significativos solo para los siguientes casos: puntaje ASSET y rango de edad, siendo ambos efectos a favor del programa.

En términos específicos los hallazgos indican que, al igual que en el caso del 24 horas, existe un efecto favorable del programa y estadísticamente significativo en prevenir nuevas formalizaciones solo para el rango más alto de riesgo de acuerdo con el Asset.

Tabla 88. Efecto de MST sobre probabilidad de ser formalizado por subnivel de riesgo

Puntaje ASSET	ATET	EE Robustos	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
PSMATCH						
Entre 21 a 22 pts.	-0,047	0,071	-0,66	0,51	-0,186	0,092
Entre 23 a 28 pts.	0,038	0,053	0,71	0,479	-0,067	0,142
Entre 29 a 48 pts.	-0,140	0,073	-1,92	0,054*	-0,283	0,003
IPW						
Entre 21 a 22 pts.	-0,085	0,053	-1,61	0,108	-0,190	0,019
Entre 23 a 28 pts.	0,007	0,037	0,19	0,846	-0,066	0,080
Entre 29 a 48 pts.	-0,105	0,052	-2,01	0,045*	-0,207	-0,002

En segundo lugar, los resultados sugieren que, los efectos del programa, mantenido todo lo demás constante, son favorables y estadísticamente significativos en el grupo de mayor edad, entre 16 y 18 años.

Tabla 89. Efecto de MST sobre probabilidad de ser formalizado por tramo edad

Rango de edades	ATET	EE Robustos	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
PSMATCH						
Entre 14 a 15,9 años	-0,047	*0,064*	-0,73	0,466	-0,172	0,079
Entre 16 a 18 años	-0,134	*0,041*	-3,24	0,001*	-0,215	-0,053
IPW						
Entre 14 a 15,9 años	-0,011	0,048	-0,23	0,818	-0,106	0,084
Entre 16 a 18 años	-0,065	0,032	-2,05	0,041*	-0,128	-0,003

7.3.2 Efectos de MST en la integración educativa

En este apartado se presentan los resultados sobre integración educativa de los NNA que participaron en el programa MST, los cuales se obtienen a partir de datos administrativos del Ministerio de Educación sobre matricula efectiva y el porcentaje de asistencia condicional a haber estado matriculado. Esta información fue vinculada a través del Ministerio de Desarrollo Social con la muestra de tratamiento y control, permitiendo de este modo diferenciar a los casos matriculados de aquellos que no se encontraban

matriculados en el sistema de educación formal, donde los primeros serían los casos encontrados en las bases del Ministerio de Educación y los segundos, no matriculados, serían los que venían sin información.

Para hacer la estimación del impacto, tanto en la matricula efectiva como en el porcentaje de asistencia escolar condicional a haber estado matriculado, se realizó el siguiente procedimiento: Primero, se identificó el año para el cual había sido levantada la información de la muestra por los equipos EDT y se obtuvo el porcentaje de matrícula/asistencia para ese año y el año siguiente respectivamente. Así la condición de matrícula/ asistencia en el primer año sería utilizado como una variable de control, siendo la variable de interés la matricula efectiva o el porcentaje de asistencia en el año siguiente a la evaluación del EDT. Es importante destacar que para el análisis de matrícula efectiva se utilizó toda la muestra de casos, mientras que para analizar los efectos de la asistencia solo se utilizó la submuestra que estaba en la línea base (evaluación EDT) y el año siguiente, así el porcentaje de asistencia es más bien un porcentaje condiciona a haberse encontrado con matrícula[129].

7.3.2.1 Efectos en la matrícula efectiva

Al observar la proporción de matrícula utilizando la metodología descrita se obtuvo que un 31% de los casos del grupo de tratamiento estaba matriculado en el sistema formal el año en que se aplicó el ASSET, mientras tan solo un 22% en el grupo de control.

La estimación de matrícula efectiva se realiza a de un modelo Logit, done ME(t) es una variable dicotómica que toma valores igual a 1 si el NNA estuvo matriculado en el año base, y se utiliza como un control en el modelo. Así la variable de interés o de resultado sería ME(t+1), que también es una variable dicotómica pero que toma valores iguales a 1 cuando en el NNA se encuentra matriculado el año posterior a la evaluación del EDT. También se adicionan controles adicionales como son: edad, sexo y puntaje Asset. De este modo, el modelo quedaría determinado a partir de la siguiente forma funcional:

$$Logit(ME_{t+1,i}) = \alpha + \gamma t_i + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 ME_{t,i} + \beta_4 Asset_i$$

A continuación, se presentan los resultados de la regresión:

[129] Cabe mencionar que para esta muestra no fue posible eliminar los casos del grupo de control con criterios de exclusión, puesto que la base de datos que se trabajó para con el Ministerio de Desarrollo Social contenía solo información básica de los casos

Tabla 90. Resultados regresión para proporción de matrícula efectiva

Matrícula efectiva en t+1	Odds Ratio	Error Estándar	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
t (Tratado=1)	1,340	*0,187*	2,1	0,035	1,020	1,761
Edad	1,131	*0,054*	2,56	0,01	1,029	1,242
Sexo (Hombre=1)	0,853	*0,138*	-0,98	0,326	0,622	1,171
Matrícula efectiva en t	14,079	*2,033*	18,32	0	10,609	18,684
PTJEASSET	0,947	*0,016*	-3,14	0,002	0,916	0,980
Constante	0,043	*0,039*	-3,46	0,001	0,007	0,255

De la tabla anterior se observa una diferencia estadísticamente significativa en todos los OR excepto en la variable Sexo. Es interesante notar que el programa aumentaría las chances de estar matriculado el año siguiente a la evolución del EDT, siendo bastante relevante para el modelo la variable Matricula en el año base, la cual explicaría fuertemente la probabilidad de estar matriculado en el año siguiente. Los otros efectos que se muestran son que la probabilidad de estar matriculado aumenta con la edad, al menos en esta población bajo estudio y que a mayor puntaje de en el Asset la probabilidad de matrícula disminuye.

En relación con el efecto promedio del tratamiento sobre los tratados se obtienen aumentos en la matricula entre 1,3 y 3,2 puntos porcentuales dependiendo de si el modelo utilizado es por emparejamiento (1,3) o por ponderación (3,2), siendo solo estadísticamente significativo el segundo. Con ello, la evidencia muestra un probable aumento en la matrícula escolar formal atribuible al programa MST, la cual es relativamente baja y que depende en parte del modelo de estimación utilizado.

7.3.2.2 Efectos en el porcentaje de asistencia condicional a estar matriculado

La muestra total de casos para los cuales se logró obtener información sobre porcentaje de asistencia para al año en que se aplicó el Asset y el año siguiente es de 448 casos, 234 para el grupo de tratamiento y 214 para el grupo de control. El modelo estimado en base a este grupo es el siguiente:

$$\%Asist_i = \alpha + \gamma t_i + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 \%Asist_{t-1,i} + \beta_4 Asset_i + u_i$$

A continuación, se presentan los resultados de la regresión:

Tabla 91. Resultados regresión para % de asistencia a clases

%Asistencia Clase 12 meses	Odds Ratio	Error Estándar	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
t (Tratado=1)	7,602	*3,233*	2,35	0,019	1,249	13,955
Edad	0,395	*1,027*	0,38	0,701	-1,623	2,413
Sexo (Hombre=1)	0,758	*3,716*	0,2	0,838	-6,544	8,061
%Asistencia en t-1	0,372	*0,072*	5,17	0	0,231	0,513
PTJEASSET	-0,247	*0,406*	-0,61	0,543	-1,044	0,550
Constante	29,510	*18,902*	1,56	0,119	-7,639	66,659

De la tabla anterior se observa una diferencia estadísticamente significativa de 7,6 puntos porcentuales entre el grupo de tratamiento y control. Además, el porcentaje de asistencia en el periodo anterior muestra ser la única covariable explicativa con una relación estadísticamente significativa, siendo esperable que los NNA con baja asistencia mantengan su baja asistencia y los con alta mantenga una alta asistencia en el periodo siguiente. Esta variable en la línea base, momento de evaluación EDT, para el grupo de control se encontraba en 71,5% y para el grupo de tratamiento 75,7%.

Finalmente, el efecto promedio del tratamiento usando un modelo de ponderación arrojó ATET de 6,8 puntos porcentuales, mientras que el modelo de emparejamiento mostró un aumento de 5,6 puntos porcentuales, pero no estadísticamente significativo. Con ello, se muestra evidencia favorable en cuanto a aumentar la asistencia a clases para los casos que se encuentran matriculados, sin embargo, los efectos son más bien de una magnitud moderada y dependiendo del modelo puede llegar a no ser estadísticamente significativa.

7.3.3 Evolución de riesgos en el ASSET pre y ASSET post

Finalmente, en cuanto a los resultados del programa, resulta importante poder observar cómo han evolucionado los riesgos en la población. Esto debido a que la evidencia internacional y nacional ha mostrado una asociación importante entre determinados

factores de riesgo y el comportamiento delictual de los jóvenes (Hein, 2013). Para lo cual se diferencian dos formas de desarrollo del comportamiento delictual en los jóvenes, una esporádica y otra persistente (Rutter, Giller, & Hagell, 1998). La primera está asociada a la experimentación y en la mayoría de los casos el comportamiento delictual tiende a desaparecer con la edad. Sin embargo, la segunda, se asocia a la presencia de múltiples factores de riesgo socio-delictuales, los cuales implicarían un involucramiento delictivo más persistente, lo cual podría conducir a la conformación de carreras delictivas[130], y por tanto requeriría de intervenciones más especializadas.

El indicador utilizado para evaluar los cambios en el riesgo será el puntaje de riesgo obtenido en el instrumento de evaluación ASSET, aplicado antes y con posterioridad al tratamiento. Respecto al análisis es importante tener presente que no se utiliza una metodología de evaluación de impacto cuasiexperimental tal como se hizo anteriormente, ya que no es posible contar con un grupo de control en el cual se hayan medido los riesgos a partir de un ASSET post tratamiento. Por ello, solo se considerará una metodología denominada evaluación "antes y después", para la cual se compararán los niveles de riesgo del grupo que participó en el programa (grupo de tratamiento) antes de haber ingresado a MST (ASSET pre) con los riesgos medidos al egreso (ASSET post). Para dicho ejercicio, se dispone de una muestra de 557 casos dentro de los cuales se contó con una medición del ASSET pre y post intervención, logrando así una muestra importante (equivalente a un 53% de los casos de la cohorte de tratamiento) pero que de todos modos podría ser no representativa del total de casos participantes del programa, ya que se desconoce exactamente el motivo por el cual el resto de los casos no contaba con información del ASSET post intervención.

Para analizar las diferencias entre cada medición del ASSET se optó por realizar un test estadístico de diferencias de medias para muestras relacionadas, computándose los riesgos promedios antes y después, la diferencia entre dichos promedios, su significancia estadística y el tamaño del efecto ajustado a partir de la d de Cohen, la cual representa el tamaño del efecto estandarizado en términos de desviaciones estándar. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

[130] La evidencia internacional más reciente muestra que una carreras delictual iniciada a temprana edad tiende a durar en promedio 10, Wesley, Jennings, Loeber, Pardini, Piquero & Farrington (2016).

Tabla 92. Evaluación antes y después del puntaje de riesgo general

Variable	Promedio	Error Estándar	Desviación Estándar	[95% Conf.	Intervalo]
Puntaje ASSET pre	25,6	0,2	4,6	25,2	26,0
Puntaje ASSET post	13,1	0,3	7,8	12,4	13,7
Diferencia	12,5	0,3	8,0	11,9	13,2

- Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

La tabla anterior muestra una importante reducción en el puntaje de riesgo agregado para el grupo de tratamiento después de haber participado en el programa MST. Concretamente se registra una reducción de 12,5 puntos porcentuales, lo que disminuiría el puntaje de riesgo inicial practicante a la mitad. Si bien, con el ejercicio anterior sólo se está comparando el antes y después, los resultados son bastante sugerentes respecto a una reducción de riesgos atribuida al programa, tanto por la magnitud de la disminución de riesgo como por el corto tiempo entre el ingreso y egreso a MST, el que es de aproximadamente 4 meses. De todos modos, es importante considerar que la muestra de casos no corresponde al total de casos en el seguimiento, y si hubiesen quedado fuera los casos con menos probabilidad de éxito, los resultados podrían ser menores a los observados[131].

7.3.3.1 Evolución de riesgos por subgrupos (edad, sexo, tipo de delito y subnivel de riesgo).

Resulta interesante también observar los resultados diferenciados por distintas configuraciones de subgrupos. Para ello, se definen los siguientes grupos de interés: sexo, tramo de edad, subnivel de riesgo y tipo de delito.

De la misma forma que el análisis de los riesgos agregados, para cada uno de los subgrupos definidos en base a las dimensiones descritas previamente se realizaron pruebas de diferencias de media para muestras relacionadas. Los resultados obtenidos muestran que para todas las configuraciones de subgrupos implementadas existe una reducción importante en el puntaje ASSET post, y en consecuencia en los factores de riesgo de los NNA que egresaron del programa, muy similares al efecto agregado.

[131] Es importante considerar esto último, puesto que el estudio prospectivo mostró cierta evidencia respecto a que los casos que son más difíciles de seguir mediante la aplicación de instrumentos, mostrarían a su vez una mayor tasa de detenciones que los casos a los que sí se logra hacer un seguimiento.

A continuación, se presenta una tabla con los resultados específicos por subgrupo, en la cual se indica: el número de casos (N), el puntaje ASSET pre, el puntaje ASSET post, la diferencia antes y después de los puntajes ASSET y, finalmente, la d de Cohen.

Tabla 93. Evaluación antes y después del puntaje de riesgo por subgrupo

DIMENSION	SUBGRUPO	N	PJE ASSET pre	PJE ASSET post	Dif PJE ASSET	d (Cohen)
Edad	**Menores de 14 años**	39	25,64	14,54	11,10	1,47
	Entre 14 y 15,9 años	164	25,37	12,99	12,38	1,54
	Entre 16 y 18 años	313	25,85	13,00	12,84	1,61
Sexo	**Hombres**	436	25,65	13,36	12,29	1,51
	Mujeres	121	25,38	11,96	13,42	1,84
Puntaje ASSET	**ASSET entre 21 y 22**	117	21,52	10,22	11,30	1,89
	ASSET entre 23 y 28	276	25,14	13,24	11,90	1,53
	ASSET entre 29 y 48	128	32,30	16,13	16,17	1,77
Categoría delito	**Delito contra la propiedad**	329	25,62	13,20	12,42	1,53
	Otro delito	74	24,61	12,03	12,58	1,48
	Vulneración	49	25,69	13,63	12,06	1,72

- Fuente: elaboración propia en base a los resultados del estudio.

7.3.3.2 Evolución de riesgos desagregados por factor

De forma similar a lo realizado por subgrupos, se estudió la diferencia de riesgos por cada una de las 12 dimensiones que aborda el ASSET, a partir de un test de diferencia de medias entre el ASSET pre y ASSET post. Esto con el objetivo de determinar si existen patrones o mejorías en dimensiones específicas, o más bien existiría un cambio generalizado en todas las dimensiones.

Lo primero que se puede advertir a partir de los resultados, es que el ASSET presenta disminuciones en los niveles de riesgo para cada una de las 12 dimensiones del instrumento. Sin embargo, quedan patente diferencias importantes entre cada una de ellas, ya que algunas tuvieron una disminución más pronunciada que otras, aportando de una forma más significativa a la disminución del puntaje total de riesgo.

Para poder distinguir entre las dimensiones que aportaron más y menos a la variación agregada del ASSET, se computan los tamaños de efecto a partir de la d de Cohen[132]. En base a este indicador se observan en general tamaños de efecto grandes, siendo los más relevantes los asociados con el estilo de vida, las relaciones familiares y personales y las actitudes hacia la comisión de delitos. Por otro lado, lo menores efectos encontrados están asociados con la salud física, las condiciones del hogar y el uso de sustancias.

El detalle de los indicadores se observa en la siguiente tabla con sus respectivos aportes:

Tabla 94. Evaluación antes y después del puntaje de riesgo por factor

Factor	PJE ASSET pre	PJE ASSET post	Dif. PJE ASSET	d de Cohen
Condiciones del hogar	1,19	0,68	0,50	0,55
Relaciones familiares y personales	2,82	1,39	1,43	1,31
Educación, capacitación y empleo	1,91	1,01	0,90	0,75
Contexto comunitario	2,37	1,58	0,79	0,66
Estilo de vida	3,22	1,59	1,63	1,33
Uso de sustancias	1,63	0,97	0,66	0,57
Salud física	0,36	0,19	0,17	0,28
Salud mental y emocional	2,00	1,06	0,94	0,90
Percepción de sí mismo y de otros	1,90	0,88	1,02	0,97
Pensamiento y comportamiento	2,93	1,55	1,38	1,26
Actitudes hacia la comisión de delitos	2,91	1,25	1,65	1,28
Motivación al cambio	2,42	0,95	1,47	1,20

- Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

[132] La d de Cohen es una medida del tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada. Es decir, informa de cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de los dos grupos que se comparan (en este caso, el mismo grupo antes y después de la intervención). De acuerdo a las recomendaciones de Cohen, el tamaño de efecto se cualifica como ausente (0 a 0,19), pequeño (0,2 a 0,39) moderado (0,4 a 0,79) o grande (0,8 o superior), pues mientras más cercano a una desviación estándar (o más), aumenta considerablemente la probabilidad de que el resultado obtenido por la muestra se vuelva a observar al seleccionar al azar otros grupos de la población. Un análisis estadístico interesante, así como sus fórmulas de cálculo y los parámetros recomendados se encuentran en la siguiente publicación de psychometrica: http://www.psychometrica.de/effect_size.html#transform2

7.4 Discusión y conclusiones preliminares

A partir de la evidencia recogida en términos generales se observa que el programa MST durante el periodo de estudiado tuvo un impacto favorable respecto a la prevención de los delitos, sin embargo, este impacto a nivel agregado es moderado.

Por otra parte, el programa muestra resultados bastante consistentes, favorables y estadísticamente significativos con los jóvenes de mayor edad (16 a 18 años al momento del egreso). Este resultado es bastante interesante puesto que muestra un mejor desempeño en jóvenes que pueden encontrarse en tránsito entre el sistema de justicia juvenil y el sistema de justicia de adultos. Con ello, y de acuerdo con los datos recopilados, el programa MST más que prevenir el comportamiento delictual en una etapa temprana, podría estar siendo una última alternativa de los jóvenes en prevenir un involucramiento posterior en el sistema de adultos.

De acuerdo con los datos de la evaluación, el programa se ajusta bastante bien con lo planteado por la teoría de riesgo, pues muestra que un mayor nivel de riesgo es un predictor del comportamiento delictual futuro, además de que los resultados más relevantes del programa se dan en población de alto riesgo. Este resultado es interesante ya que existiría información de que el puntaje de corte de 21 puntos podría no estar discriminado suficientemente niveles de riesgo. Es interesante notar a modo de referencia que, de un total de 48 puntos en el instrumento, 21 esté por debajo de la mitad. De todos modos, los resultados deben tomarse con cautela en los subgrupos de menores niveles de riesgo ya que la evaluación solo muestra efectos en el corto plazo.

Con relación a los resultados sobre integración social se encuentran resultados favorables en cuanto a matricula formal y porcentaje de asistencia escolar, los cuales bajo el modelo de emparejamiento no muestran diferencias estadísticamente significativas. De todos modos, la información levantada es sugerente respecto a que el programa estaría ayudando a la inserción educativa en una población con una muy baja participación, al menos en el sistema formal de educación.

Adicionalmente, se observa una evolución favorable en los niveles de riesgo medidos a partir del ASSET durante el programa, el cual es consistente para distintas conformaciones de subgrupos. Se evidencia asimismo que todos los factores tienden a disminuir al comparar el ASSET pre con el post tratamiento.

8 Análisis integrado de resultados

8.1 Introducción

Habiendo dado cuenta de los resultados del estudio en sus distintos ámbitos (implementación, prospectivo y retrospectivo), a continuación, se realiza un análisis integrado de dichos resultados, para posteriormente presentar una serie de propuestas de política pública con miras a mejorar la implementación y resultados del programa MST en Chile.

Con relación a lo primero, el análisis integrado tiene por objeto responder en qué medida las condiciones de implementación y/o los factores contextuales del programa MST en Chile afectan positiva o negativamente la consecución de sus resultados, principalmente en cuanto a la prevención de la conducta delictiva de los NNA que forman parte del programa.

Con miras a estructurar este análisis, se ha elaborado la teoría de cambio del programa PAIF 24 Horas, la que consiste en un esquema o representación de cómo esta iniciativa espera alcanzar los objetivos que se plantea, así como la identificación de los supuestos o presunciones subyacentes a ésta (Morra-Imas L. , 2009). Para ello, se realiza un mapeo estructurado de los cambios sucesivos que tienen que ocurrir durante y después de la implementación del programa, para que se logren sus objetivos trazados (J-PAL, 2017).

La teoría de cambio del programa ha sido elaborada por el equipo de investigación, teniendo presente el funcionamiento de los componentes de este tal como han sido descritos durante el desarrollo de este estudio. Cabe señalar que, si bien el foco de la evaluación estuvo puesto en el programa MST, fue necesario ampliar el marco de análisis al programa PAIF completo para comprender su funcionamiento y consecución de resultados de manera integral.

Se destina el siguiente apartado a la descripción de dicha teoría de cambio, la que incluye una descripción del propósito y problema a tratar por el programa PAIF 24 Horas, sus principales actividades y productos generados y los resultados intermedios y finales. Es en torno a estos elementos que se analizan integradamente los resultados del estudio, y se busca concluir cuales son los factores identificados que pudieran estar afectando el desempeño del programa.

Con relación a lo segundo, esto es, las propuestas de política pública que acá se formulan, éstas tienen por objeto contribuir a mejorar la implementación y/o los resultados del programa en base a la solución de determinados nudos críticos que han podido relevarse con ocasión de los hallazgos descritos a lo largo del estudio.

8.2 Teoría de cambio del programa PAIF 24 horas en su componente Terapia Multisistémica

8.2.1 Problema abordado por MST y propósito del programa

El programa MST busca abordar la problemática asociada a la existencia de niños, niñas y adolescentes que realizan, o están en riesgo de realizar, conductas delictivas. Se ha estimado que durante 2013 el listado PSI 24 horas logró detectar a 2.171 menores de 14 años (inimputables) que realizaron conductas delictivas (Morales, Figueroa, MacLean, Moraga, Bustamante, & Chacón, 2017), de los cuales 334 ya habían ingresado anteriormente a dicho listado por el mismo motivo (Carabineros de Chile, 2016). En el caso de los adolescentes entre 14 y 17 años, durante 2013, el listado PSI 24 horas logró detectar 24.454 infractores de la ley penal adolescente (Morales et. al, 2017), en un contexto en el cual el Servicio Nacional de Menores ha estimado que durante el mismo periodo pudo detectar 6.100 NNA reincidentes (Servicio Nacional de Menores, 2015).

A partir de esta problemática, el propósito del programa es la prevención secundaria y terciaria de esta clase de conductas en niños, niñas y adolescentes entre 10 a 17 años (Cid & Larrauri , 2001), esto es, de NNA que presentan factores riesgo de realizar conductas delictivas – aunque aún no las realicen -, o de NNA que ya han realizado conductas delictivas, respectivamente. En su diseño, el programa PAIF 24 horas, del cual MST es el componente de intervención, plantea que su población objetivo son NNA de estas edades que presenten conductas transgresoras y factores de riesgo socio delictual, para interrumpir el inicio de carreras delictivas (SPD, 2015). Sin embargo, como ha podido verse a lo largo del estudio, el programa se ha concentrado principalmente en la prevención terciaria del delito, esto es, en detectar e intervenir a NNA que ya han tenido contacto con el listado PSI 24 horas, por sobre la prevención secundaria del delito.

8.2.2 Actividades realizadas por el programa

Con miras a alcanzar dicho propósito, para efectos de la teoría de cambio se han concebido como las actividades principales del programa PAIF las siguientes (sin perjuicio de otras requeridas para la ejecución de este):

i. Detección, evaluación y derivación al programa de NNA que realizan conductas delictivas o tienen riesgo de protagonizarlas en el futuro, correspondiente a las actividades realizadas por el componente EDT;
ii. Intervención de las familias de los NNA derivados, a través del componente terapia Multisistémica para la generación de cambios en la dinámica familiar;
iii. Monitoreo de las actividades y resultados del programa, también denominado aseguramiento de la calidad en el Modelo MST, y que es realizado en gran parte por el equipo del nivel central a cargo.

8.2.3 Productos generados por el programa

Cada una de las actividades anteriores tiene previstas la generación resultados directos o productos, los que en el caso del programa PAIF son los siguientes:

i. Un número determinado de casos ingresados al programa, como consecuencia de la detección, evaluación y derivación de casos. Para la derivación de casos a MST, se ha establecido como criterio de ingreso de los casos a ser derivados, la obtención de 21 puntos o más en el instrumento de evaluación ASSET.
ii. La realización de sesiones de intervención a las familias intervenidas bajo el modelo MST y la puesta en contacto de éstas con la red de apoyo social comunal, en caso de ser necesario.
iii. La realización de reportes de actividades y de resultados del programa para uso interno y/o externo, tales como el informe PIR, instrumento TAM-R, informes semanales de caso, entre otros.

8.2.4 Resultados intermedios

Se trata de todos aquellos cambios producidos por la intervención del programa en sus usuarios, es decir, las consecuencias derivadas de los productos generados por el programa. En el caso de MST, un primer resultado intermedio es la mejora en los recursos de los padres o adultos responsables del joven, la que a su vez produce una mejora en los recursos de los NNA, una disminución en sus factores de riesgo socio-delictuales y mayores niveles de integración social[133] en este grupo de la población.

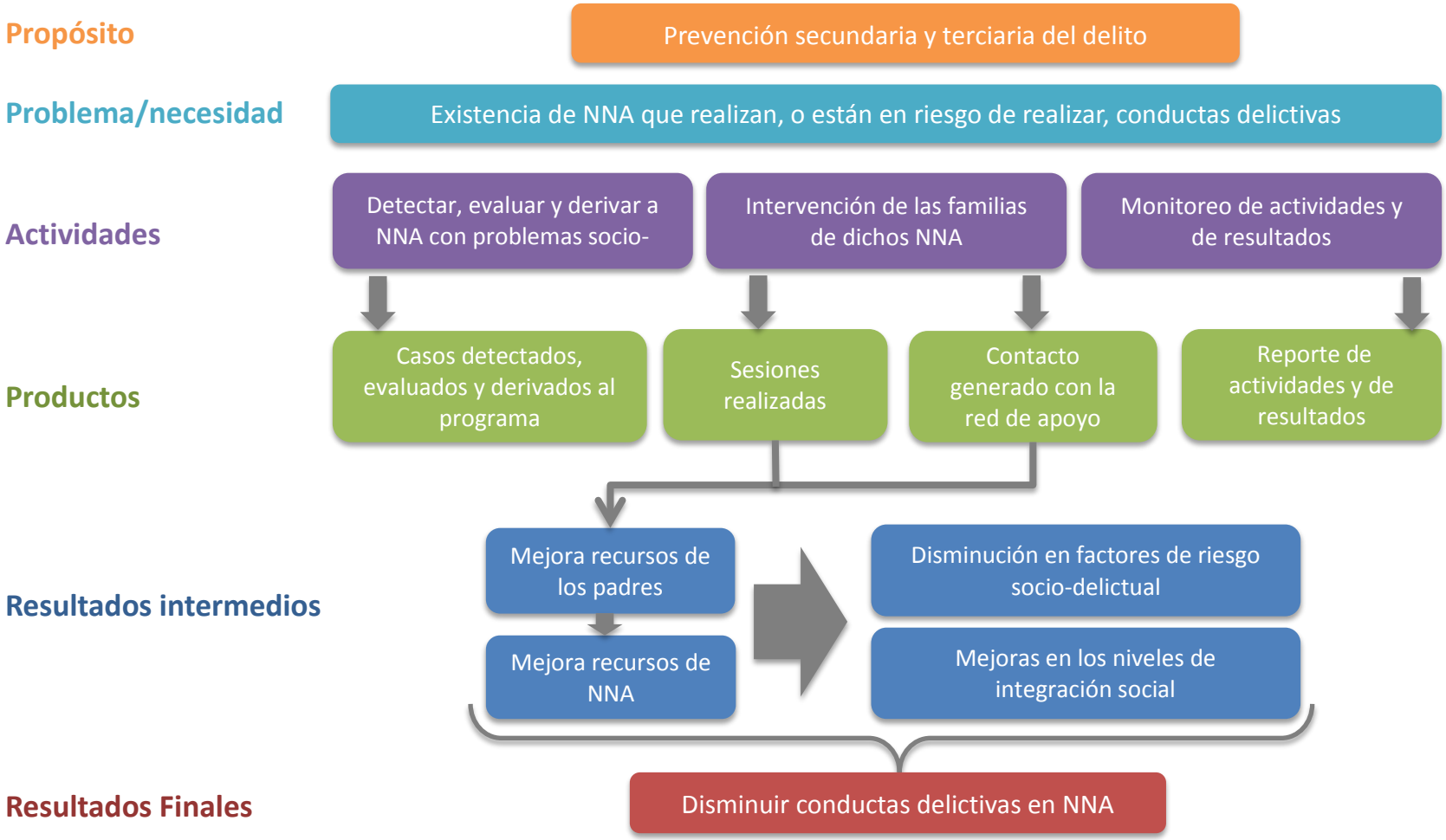
[133] Entenderemos integración social principalmente como integración familiar, educativa y/o laboral.

8.2.5 Resultado final

Este tipo de resultado se encuentra en el nivel del propósito final del programa, y por tanto es indicativo del mejoramiento de las condiciones específicas que busca abordar MST en la población objetivo desde su diseño mismo. En consecuencia, la principal medida de impacto del programa debe hace referencia a su resultado final, siendo éste, para el caso de MST, la disminución de conductas delictivas en los NNA.

A continuación, la figura siguiente muestra esquemáticamente como se vinculan entre sí los elementos de la teoría de cambio previamente descritos.

Figura 7. Teoría de cambio del programa PAIF 24 Horas



Fuente: elaboración propia.

8.3 Análisis integrado y conclusiones generales del estudio

En lo que sigue se presenta el análisis de integrado de los resultados obtenidos por el programa, tomando como referencia la teoría de cambio descrita en el acápite anterior. Para ello, se analizarán los resultados asociados a los componentes de la teoría de cambio desde abajo hacia arriba, es decir, comenzando por los resultados finales hasta llegar a las actividades, para finalmente concluir si el programa efectivamente cumple el propósito para el cual fue implementado.

8.3.1 Resultados de impacto en comportamiento delictual

A continuación, se describen los principales resultados del estudio retrospectivo con relación al comportamiento delictual de los NNA participantes del programa MST. Es a partir de estos que se integrarán los demás resultados del estudio, buscando establecer una cadena causal en el marco de la teoría de cambio previamente desarrollada.

1) Pudo observarse un pequeño efecto, no estadísticamente significativo, de entre 2 a 3 puntos porcentuales, en cuanto a reducir la probabilidad de que los NNA intervenidos presenten nuevos ingresos al Listado 24 Horas (como inimputables o infractores de ley). De igual modo, se detectó una reducción, estadísticamente significativa, de 6 puntos porcentuales en la tasa de formalizaciones en el sistema de justicia penal para los NNA de 14 a más años.

2) Asimismo, pudo observarse en distintas configuraciones de la variable de interés y en diversos subgrupos, efectos similares al efecto general, es decir, favorables al programa, pero de carácter pequeño o moderado, siendo en su mayoría no estadísticamente significativos.

En cuanto al **nivel de riesgo,** los efectos favorables más importantes y que a su vez muestran ser estadísticamente significativos, se observan para la población del subgrupo de riesgo más alto (entre 29 a 48 puntos en el ASSET) dentro de los NNA participantes del programa, respecto del efecto observado dependiendo del modelo estadístico utilizado, estaría entre los 10,5 a 14 puntos porcentuales de reducción en las formalizaciones. Por su parte, para subgrupos con puntajes menores a 28 puntos en el ASSET se observarían menores efectos, aunque no estadísticamente significativos.

En cuanto a la **edad,** fue posible observar efectos diferenciados del programa en distintos tramos. En concreto, se observaron reducciones de las formalizaciones de entre 6,4 a 13,4 puntos porcentuales para el tramo de edad entre 16 y 18 años. Por su parte, para los NNA de edad intermedia (14 a 15,9 años) mostró efectos favorables, aunque tampoco estadísticamente significativos.

8.3.2 Efectos del programa en disminución de factores de riesgo y mejorías en integración social de los NNA

De acuerdo con la teoría de cambio presentada, el programa produce dos tipos de resultados intermedios: disminución en los factores de riesgo y mejoras en la integración social. Para el análisis de dichos resultados, se utilizan indicadores de riesgo recogidos a partir del ASSET, así como indicadores de impacto en la integración educativa e indicadores de resultado que maneja el mismo programa MST.

8.3.2.1 Efectos en la disminución de factores de riesgo en general

La teoría de cambio identifica, dentro de los resultados intermedios, cambios en los factores de riesgo de los NNA que participaron en el programa. De este modo, se espera que los cambios que se generen en estos factores de riesgo, producto de la intervención, se vean reflejados a su vez en un cambio en el resultado final, vale decir, en el comportamiento delictual de lo NNA atendidos por el programa. Volviéndose relevante, poder medir si los factores de riesgos tuvieron cambios durante el tratamiento o no.

De esta forma, un mayor puntaje de riesgo ASSET al final del programa será indicativo de una concentración mayor de factores de riesgo en los NNA y viceversa. Además, como el resultado final, en general, muestra resultado favorables, se espera también que los factores de riesgos disminuyan en el tiempo, para cerrar así la cadena de causalidad entre los resultados finales y los resultados intermedios relativos a los factores de riesgo.

Es importante considerar, sin embargo, que la evolución de los riesgos no incluye un grupo de comparación, ni tampoco variables de control adicionales. Con lo cual, no se podría hablar de una evaluación de impacto formal necesariamente, solo pudiendo evidenciar cambios antes y después del programa sobre la misma población. Esto, de

todos modos, como se verá más adelante, podría configurar un buen indicador de efectos del programa en riesgos, dada la importante variación experimentada en los puntajes de riesgo durante la ejecución del programa, que, tal como evidencia el estudio prospectivo, tenderían a mantenerse relativamente similares a los valores de egreso un año después de dicho egreso.

a. Indicador de riesgo agregado

A partir del análisis retrospectivo sobre la evolución de los puntajes de riesgo en el ASSET, en el cual se comparaban los puntajes obtenidos al egreso del programa con los obtenidos en la etapa de evaluación, se evidencia una variación favorable en el riesgo agregado en una magnitud importante. Es decir, el riesgo agregado muestra una importante disminución, pasando de 25,6 puntos promedio a 13,1 puntos promedio, configurándose así una disminución total de 12,5 puntos promedio.

A la luz de los resultados del estudio retrospectivo, resulta relevante poder observar también los efectos diferenciados, especialmente para los subgrupos correspondientes a las dimensiones de subnivel de riesgo y tramo de edad. Esto, al haberse encontrado resultados estadísticamente favorables en cuanto a los efectos del programa.

A partir de este análisis se encuentran disminuciones similares a las del puntaje ASSET agregado para el grupo de tratamiento competo en cada uno de los subgrupos estudiados. Particularmente a lo referido a el subgrupo con el subnivel de riesgo más alto, vale decir con un puntaje entre 29 a 48 puntos, se encuentra la disminución más grande en magnitud, cayendo 16,17 puntos, desde 32,3 puntos en el ASSET pre a 16,13 puntos en el ASSET post.

En términos de tamaño de efecto, bajo la medida estandarizada de la d de Cohen, se observa que todas las configuraciones de grupos presentaron puntajes de efecto sobre 1,4, lo cual indicaría tamaños de efecto grande, en consideración de que Cohen define como referencia que tamaños de efecto sobre 0,8 deberían ser considerados como efectos grandes.

Adicionalmente, los cambios en el puntaje de riesgo también fueron analizados para una muestra más reciente, la muestra del estudio prospectivo, la cual además consideró un mayor tiempo de seguimiento. Para esto, se consideró como línea base el ASSET pre-

intervención de la cohorte de seguimiento del prospectivo, la cual debía contar además con una aplicación del ASSET a un año desde el egreso (ASSET de seguimiento).

A partir de esta información se pudo identificar hallazgos consistentes con los encontrados en el estudio retrospectivo, es decir disminuirían los riesgos para todos los subgrupos estudiados en dicho análisis, vale decir: sexo, edad y subnivel de riesgo, no evidenciando de todos modos mayores mejorías para el mayor subnivel de riesgo tal como se evidencia a partir de los datos del retrospectivo[134]. Esta información, sin embargo, aporta nuevos antecedentes al observar a la muestra un año luego del egreso, mostrando que los potenciales efectos encontrados se mantendrían en el tiempo.

b. Indicador de riesgo desagregados por factor

De forma similar a lo realizado por subgrupos, en el estudio retrospectivo se estudió la diferencia de riesgos por cada una de las 12 dimensiones que aborda el ASSET, a partir de un test de diferencia de medias entre el ASSET pre y ASSET post. En base a este análisis lo primero que se puede advertir, es que el ASSET presenta disminuciones en los niveles de riesgo para cada uno de los 12 factores que incluye el instrumento. Sin embargo, quedan patente diferencias importantes en la magnitud de la caída en cada uno de los factores.

Las mayores disminuciones en tamaño del efecto se observan para los factores: Estilo de vida, con un tamaño de efecto de 1,33; relaciones familiares y personales, con un tamaño de efecto de 1,31 y; Actitudes hacia la comisión de delitos, con un tamaño de efecto de 1,28. Es interesante notar la existencia de un cambio en el estilo de vida como en las actitudes hacia el delito, lo cual podría señalar a estos factores como potencialmente preponderantes en los resultados finales del programa. Asimismo, cabe mencionar que las relaciones familiares son parte fundamental de la terapia y si bien se encuentran subsumidas dentro de un factor compuesto de relaciones familiares y personales, la importante caída de este factor muestra información consistente con el modelo de intervención del programa.

[134] Es importante tener presente que los resultados del prospectivo no necesariamente deben coincidir con los del estudio retrospectivo, ya que para el seguimiento prospectivo se contó con una muestra de casos que presumiblemente no sean tan representativos de los grupos de mayor riesgo, puesto que tal como quedó patente en los resultados del estudio, el grupo entrevistado presentaba una mucho menor probabilidad de ser detenidos que los de la cohorte completa.

En la otra vereda, se encuentran los factores con menores disminuciones en magnitud. Estos fueron: Salud física, con un tamaño de efecto de 0,28; Condiciones del hogar, con un tamaño de efecto de 0,55 y; uso de sustancias, con un tamaño de efecto de 0,57. Con relación a estas disminuciones es importante aclarar que en su línea base presentaban valores relativamente bajos, lo cual condicionaba las posibilidades de caídas más pronunciadas. Sin embargo, resulta intuitivo que aspectos relativos a la salud física o condiciones del hogar no hayan variado de forma tan importante debido a que las condiciones subyacentes en estos factores deberían ser más estáticas que dinámicas, siendo esperable un tamaño de efecto no tan considerable.

Por otro lado, llama la atención que el factor uso de sustancias se encuentre dentro del grupo que experimentó un menor tamaño de efecto. Lo cual podría estar mediado en parte también por no haber presentado una condición previa tan severa como otros factores, dando menor margen para la caída del indicador. Sin embargo, es notorio dentro de los lineamientos del programa la falta de oferta especializada en cuanto al uso de sustancias, no relevándose este problema tampoco en los indicadores principales que maneja el programa. En consecuencia, el uso de sustancias al ser un factor de riesgo criminógeno relevante, la falta de abordaje de este factor en particular podría estar mediando en la obtención de resultados finales menos favorables para el programa.

Adicionalmente, en el estudio prospectivo se midió la evolución de los factores de riesgo a través de ASSET desde el inicio de la terapia (ASSET pre) a un año después del egreso (ASSET de seguimiento), mostrando resultados en la misma línea anterior, donde se observa una tendencia favorable en todos los factores medidos a partir del ASSET. Específicamente, todas las dimensiones estudiadas, exceptuando la de salud física, muestran una disminución estadísticamente significativa desde el inicio de la terapia a un año después del egreso. Con ello, se recoge cierta evidencia respecto a que los resultados en riesgo podrían perdurar más allá del período mismo de tratamiento, incluso por sus factores específicos.

8.3.2.2 Efectos en materia de integración social

Un segundo factor relevante en la cadena causal, de acuerdo con la teoría de cambio, corresponde a la integración social. Este componente, es similar a los factores de riesgo, pero visto desde una perspectiva de factores protectores para el NNA, en los cuales sería deseable observar la no presencia de condiciones de riesgo atribuibles al desapego

social del NNA, tales como: desenganche escolar, inactividad laboral o deserción del hogar.

Para poder observar el componente integración social será necesario definir ciertos indicadores que servirán para analizar los posibles cambios registrados en este componente específico. Para ello, se utilizan dos tipos de fuentes de información. Primero, se revisan los indicadores de integración social incluidos en el estudio retrospectivo, conformados en su totalidad por indicadores de integración educativa. Luego, se presentan los indicadores de resultado que el mismo programa MST levanta y monitorea.

a. Indicadores de integración educativa

Con relación a los indicadores de integración educativa, estos fueron estudiados en el apartado retrospectivo y tienen la ventaja de contar con una evaluación de impacto formal para dos medidas de integración educativa: matrícula efectiva y porcentaje de asistencia condicional a haber estado matriculado. En el primer caso se registran cambios, observándose un aumento de 1,3 a 3,2 puntos porcentuales en la matrícula efectiva, la que en el primer caso no es estadísticamente significativa. En segundo lugar, también se encuentran efectos favorables observándose un aumento de la asistencia entre 5,6 y 6,8 puntos porcentuales en los NNA que se encontraban matriculados, siendo en ambos casos este aumento estadísticamente significativo.

En consecuencia, la evidencia levantada muestra una mejoría en la participación escolar, la que, si bien es relativamente modesta, proporciona indicios de una asociación entre la mejora educativa y la disminución del comportamiento delictual. De este modo, la integración educativa, de acuerdo con la evidencia revisada, podría ser uno de los mecanismos mediante el cual se estarían consiguiendo efectos favorables en el programa en términos de prevención de conductas delictivas.

Ahora bien, respecto a los indicadores de resultado que el mismo programa MST levanta y que monitorea a través de la plataforma MSTI, se pueden identificar dos indicadores para medir la integración social: El mantenimiento del NNA en el hogar y la situación de actividad del NNA con relación a educación/trabajo, los cuales son reportados al término de la terapia y egreso del caso.

b. Indicador “permanencia del joven en el hogar”

Respecto a este indicador, se podría entender como un indicador que apunta al soporte familiar del NNA y, por tanto, constituye un factor de protección relevante. Adicionalmente, este indicador corresponde a un aspecto funcional a la realización misma de una intervención en contexto familiar, en la cual los adultos responsables deben realizar ciertas acciones que se espera impacten en el comportamiento de los jóvenes, con ello este indicador además de apuntar hacia un factor de protección también debería entenderse como un indicador instrumental a los objetivos del programa.

Una debilidad importante de este indicador es que se observa por el programa como un indicador de resultado final pero que sin embargo debería ser entendido mejor como un resultado intermedio, puesto que carece de fundamentos más allá de la intervención misma, en vista de que la independencia de los jóvenes respecto a sus familias de origen puede ser entendida como parte del ciclo de vida y paso a la vida adulta, es esperable se modifique en el tiempo, sin que diga relación a una condición no deseable socialmente, con ello la permanecía en el hogar siempre será deseable hasta algún punto del tiempo razonable, sobre todo mientras dure la intervención, pero no como un objetivo a largo plazo.

En razón por la cual este indicador se encuentra presente a nivel de resultado intermedio y no final dentro de la teoría de cambio. Otro inconveniente de este indicador, al igual que en el caso del ASSET, es que no permite evaluar el efecto del programa mediante un grupo de comparación, limitando toda posibilidad de atribuir algún efecto directo del programa sobre la mantención del NNA en el hogar, al desconocer cuál hubiese sido la mantención en el hogar esperable para un NNA similar sin el programa. Así, este indicador tendría importantes limitaciones en cuánto a su atribución causal, las que solo podrían estudiarse indirectamente a partir del estándar fijado por el propio programa, el cual es de mínimo un 90% de mantención en el hogar.

c. Indicador “Joven se encuentra estudiando/trabajando”

Este indicador se considera como un resultado importante de la terapia, y refiere a un elemento clave para la integración social de los NNA y las posibilidades de éxito del programa. La escolarización es un tema clave no sólo porque los NNA atendidos se

encuentran en edad escolar y ésta sea un derecho fundamental, sino por la relevancia de la participación escolar como un factor protector. Cabe mencionar, además, en base a datos recopilados en el estudio retrospectivo, que tan sólo el 30% de los NNA estaba matriculado en algún establecimiento educacional formal al momento de ser evaluados por el Equipo de Detección Temprana. Cifra preocupantemente baja y que da cuenta de un importante problema en términos de inserción educativa en la población objetivo del programa.

El indicador utilizado, sin embargo, no se reporta a partir de datos públicos oficiales (Ministerio de Educación) sino del juicio profesional del equipo MST. Esto permite mayor flexibilidad en los criterios de logro, por ejemplo, haciendo posible considerar como *trabajando* a quien lo hace de manera informal, o como *escolarizado* a un joven que se encuentra dando exámenes libres o en modalidad 2x1. Este ajuste en la forma de reportar el indicador responde, en parte, al contexto del programa, donde es sabida la dificultad de incorporación a la educación tradicional de una población con alto nivel de rezago escolar, así como la inequidad en la cantidad y tipo de oferta de programas entre comunas en esta materia. No obstante, cabe preguntarse si las modalidades que actualmente se están señalando como indicador logrado, refieren adecuadamente al objetivo de reintegración social del programa. Además, es posible cuestionar la falta de utilización de información anexa como complemento a la actualmente disponible, en especial respecto al ámbito educativo. Algunos ejemplos son los datos relativos a matrícula, variación de asistencia al establecimiento escolar, rendimiento escolar, puntaje en pruebas estandarizadas como SIMCE o PSU según corresponda, entre otros.

Este indicador también fija una meta mínima objetiva del 90%, lo cual supone que exista oferta especializada y disponible a través de la cual se posibilite la inserción de niños y jóvenes que se encuentren fuera del sistema escolar. Sin embargo, esto se contrapone con lo señalado por los profesionales ejecutores en el contexto local, particularmente en cuanto a la inequidad en la cantidad y tipo de oferta de programas entre comunas en esta materia, y la consecuente dificultad que se presenta a la hora de intentar incorporar a la educación tradicional a un grupo de población con alto nivel de rezago escolar y con antecedentes de comportamientos conflictivos al interior de la escuela, entre otras. El desafío, en este sentido, trasciende al programa PAIF 24H y vuelca la atención a la oferta pública de políticas sociales de carácter más general, así como al sistema de prevención, detección y atención de casos de un grupo acotado de la población que concentra niveles altos de riesgos socio-delictuales.

Finalmente, el indicador de participación educativa/trabajo, al igual que el indicador de mantención en el hogar, tampoco permite hace una asociación causal directa, ya que ni siquiera contaría con una línea base y por ende tampoco podría estimarse una diferencia entre la condición de egreso e ingreso del caso. Por ende, tampoco podría ser factible atribuir algún efecto del programa a este indicador medianamente claro, lo que no obsta a que sea un buen indicador instrumental para un mejor desempeño de la intervención al marcar también cierto estándar mínimo a cumplir, el cual de todos modos resulta poco informativo al considerar las bajas tasas de participación educativa formal.

En conclusión, si bien los indicadores de integración social monitoreados por MST son relevantes para el logro de los objetivos del programa durante el tratamiento, presentan algunas limitaciones para comprender los resultados de la terapia dentro de la cadena causal, por lo cual podrían entenderse mejor como indicadores instrumentales para un buen desarrollo del programa y como factores protectores durante la intervención más que como indicadores de resultado final propiamente tal.

8.3.3 Factores o elementos que podrían estar incidiendo positiva o negativamente en la implementación y resultados del programa MST.

En el presente apartado, se analizan y desarrollan aquellos aspectos del diseño e implementación del programa PAIF, representados en la teoría de cambio en el nivel actividades y productos, que podrían estar mediando en los resultados de carácter final e intermedio obtenidos, de manera tal de brindar una comprensión del programa en su totalidad.

En términos generales, la información recogida a través de diversas fuentes durante la presente evaluación, permiten afirmar que al año 2016 la implementación en Chile del programa MST presenta un buen desempeño en sus indicadores internos, acorde a los estándares establecidos por el programa; y una alta sintonía con las mejores prácticas de implementación para programas basados en la evidencia. Además, considerando una perspectiva temporal dinámica, ha habido una curva de aprendizaje de implementación del programa y desarrollo de aspectos facilitadores tanto a nivel central como comunal. El aprendizaje y mejoras realizadas durante la implementación pueden ser atribuidas a

los procesos de monitoreo y análisis de los indicadores y fuentes de información disponibles, realizadas especialmente por el equipo del nivel central a cargo.

Los buenos niveles obtenidos en la implementación de MST muestran ser consistentes con los resultados favorables observados en los jóvenes atendidos por el programa. Esto, en la medida que el modelo de intervención se ejecuta ciñéndose a sus principios, por tanto, con buenos niveles de fidelidad, y acorde a lo esperado: de manera estructurada, con un enfoque centrado en los cambios conductuales y en el logro del objetivo final del tratamiento, así como de los medios que contribuyen a éste.

Sin embargo, cabe hacer dos precisiones. La primera, que los datos utilizados por este estudio para determinar el impacto del programa correspondían aun a una etapa inicial de implementación del programa MST en Chile. Es decir, se enmarcan en los semestres I y II de las comunas que iniciaron actividades entre 2012 y 2013, por tanto, no responden a la implementación completa del programa, y tampoco a un momento de "instalación completa" (Fixsen, Blase, Naoom, & Duda, 2015) del mismo en dichas comunas. Considerando que sus resultados podrían variar a la luz del proceso de maduración de este, valdría la pena realizar una futura evaluación con datos más actualizados, y que den cuenta de un estadio posterior de desarrollo del programa.

La segunda, que el buen nivel de implementación alcanzado por el programa no fue alcanzado desde su instalación en el país. El análisis de los indicadores PIR realizado permite observar la curva de aprendizaje anteriormente señalada, mostrando mejoras en el desempeño de los indicadores entre el año 2012 y 2016. En tanto las otras fuentes de información analizadas –cuestionario online, entrevistas y *focus groups*- refieren a un momento más cercano a la actualidad del programa, por lo que es posible suponer que los nudos críticos de implementación reportados por el estudio sean menos intensos y frecuentes que los existentes al momento en que se sitúan los datos utilizados en la evaluación de impacto y resultados.

En este sentido, a partir de los hallazgos no es posible observar que los aspectos considerados nudos críticos de implementación, incluyendo la implementación a nivel municipal y la variabilidad entre comunas, tengan una repercusión especialmente significativa en desmedro del logro de los resultados esperados del programa. En otras palabras, las estrategias desarrolladas para compensar los problemas de implementación que se han ido presentando tanto a nivel central como local, han sido efectivas.

Pese a esto, en el marco del diseño e implementación persisten algunos elementos perfectibles, en los cuales hay margen para realizar mejoras y acercarse al óptimo esperado, en los cuales se indaga a continuación.

8.3.3.1 Detección, evaluación y derivación de casos

Como se describió durante el estudio, para estas actividades se utiliza el instrumento ASSET para la evaluación y derivación de casos. Su uso fue una de las innovaciones realizadas por diseño para apoyar la implementación de MST en Chile. Su objetivo principal era determinar el perfil de riesgo socio-delictual de los NNA que tomaban contacto con Carabineros de Chile o que estaban presentando conductas disruptivas a nivel comunal, y focalizar la atención de la intervención especializada de MST en aquellos con un perfil de riesgo alto.

El análisis de resultados intermedios del programa indica probables efectos de MST en materia de reducción de riesgos socio-delictuales para toda la población analizada, a saber, aquellos que obtuvieron 21 puntos o más en la evaluación inicial ASSET. A partir de los hallazgos del estudio, es posible afirmar la utilidad de la innovación introducida para la definición de población objetivo, pues permite definir adecuadamente al grupo de la población a la cual el programa está orientado. Tal como fue señalado en el estudio retrospectivo, existe una correlación entre la puntuación en el instrumento y la comisión de delitos, o, en otras palabras: el aumento de un punto en la medición de riesgos socio-delictuales del instrumento, supone el aumento en un punto de las probabilidades de comisión de delito, por tanto, es un buen predictor del comportamiento delictivo.

Sin embargo, se debe tener presente que, al momento de evaluar los resultados finales del programa, los efectos sobre toda la población son bastante moderados, solo mostrando efectos favorables considerablemente mayores para el subgrupo de mayor riesgo, subgrupo con 29 o más puntos en el ASSET. Esto a su vez es consistente con la teoría de riesgo en cuanto señalan que las intervenciones especializadas muestran mejores resultados dentro de la población de más alto riego (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990).

En línea con lo anterior, cabe señalar que el perfil de riesgo socio-delictual actualmente calificado como alto (21 puntos o más), estaría probablemente representando un nivel de riesgo medio. Para tener como referencia, si se considera que la escala ASSET se

encuentra entre 0 y 48 puntos, el puntaje medio sería de 24,5 puntos, estando situados los 21 puntos incluso por debajo de este puntaje medio. Asimismo, dentro del marco de análisis del estudio prospectivo, el ejercicio de validez de constructo al ASSET realizado con el instrumento FER-R establece que el perfil alto estaría, al menos, a partir de los 23 puntos ASSET. Más aún, a partir del estudio retrospectivo, tal como se señaló, existirían efectos diferenciados importantes a partir de un riesgo incluso mayor, el cual estaría en el rango de puntaje ASSET entre 29 a 48.

En uno de los antecedentes revisados (SPD, 2012) se señaló que inicialmente los niveles de riesgo ASSET eran distintos a los actuales, situando al nivel de riesgo alto en un rango mayor al actual (32 a 48 puntos), y por tanto más cercano al nivel de riesgo en el cual los hallazgos del estudio retrospectivo y prospectivo indican mayores efectos del programa. La forma de definir dichos niveles o perfiles de riesgo fue ajustada en 2012, utilizando la distribución de los instrumentos aplicados durante el primer semestre de implementación del programa, ya que poco menos del 10% de la población estudiada estaría dentro del rango de 32 a 48 puntos.

Es prudente señalar que un aumento en el nivel de riesgo como criterio de ingreso al MST, supone un desafío considerable para la viabilidad del programa en materia de volumen de casos. Información cualitativa recogida en el estudio de implementación permite afirmar que el volumen de casos, tanto de los provenientes del Listado 24 Horas como de otras fuentes de derivación, es variable entre comunas, en principio dado su tamaño o cantidad de habitantes. De este modo, criterios más exigentes supondrían mayor dificultad para alcanzar las metas establecidas para el programa, así como la óptima utilización de la capacidad de los equipos de intervención. Con eso se vuelve necesaria la realización de un análisis del perfil y volumen de casos actualmente detectados, para poder estimar la carga de los equipos y visualizar posibles soluciones en aquellos casos que se subutilice la capacidad de los equipos comunales.

Un segundo elemento por considerar es la aplicación del instrumento ASSET al momento de egresar del programa. Aun cuando su aplicación está establecida por diseño, información recogida durante el estudio permite afirmar que no se estaría realizando de manera sistemática. En efecto, esto no se estaría priorizando entre las diversas actividades que realiza la dupla EDT, y su cumplimiento no se ve reflejado en un indicador a monitorear (al menos, de manera significativa o determinante para el componente).

En el marco del presente estudio, la utilización del instrumento ASSET (pre, post tratamiento y durante el seguimiento) resultó clave para determinar los resultados del programa. La información que éste provee es relevante para caracterizar el nivel de riesgo socio-delictual general con el cual el joven egresa del programa, así como aquellos factores específicos que podrían seguir siendo una amenaza para la mantención de los resultados. Esta información podría ser utilizada para el monitoreo de los casos posterior al tratamiento, sugerencia que se desarrolla más adelante.

Finalmente, otros aspectos de menor relevancia a la hora de comprender los resultados, pero que vale la pena considerar para el futuro de la implementación del programa, son los siguientes:

i. El componente EDT es un componente clave para el sistema de prevención de la delincuencia juvenil, en tanto concentra información útil para la coordinación entre el programa de intervención de la SPD (MST), y los programas proteccionales y de sanción de Sename. Un buen sistema de acompañamiento a los equipos, así como supervisión técnica constante y orientada a la calidad de la evaluación, apoya la consecución de buenos resultados en la implementación del programa.
ii. La coordinación y traspaso de información interinstitucional entre Carabineros de Chile, los municipios y los equipos EDT es de gran importancia para la detección de casos. En términos generales es posible apreciar que funciona de manera apropiada, aun cuando se presenten problemas que dificultan el contacto con las familias, tales como la desactualización de la información relativa a los domicilios donde residen los jóvenes. Dicha información se triangula con el Registro Civil, sin embargo, ocurre con bastante frecuencia que no corresponde al domicilio actual del joven y/o su familia.
iii. El instrumento ASSET sólo considera y evalúa riesgos socio-delictuales, y no permite establecer claramente los recursos disponibles por la familia y el joven, tampoco qué aspectos deben ser abordados por la intervención. Por diseño, en aquellos casos que correspondan al perfil de atención, la responsabilidad de evaluación de estos elementos queda a cargo de los profesionales MST en la entrevista inicial con la familia, quienes cuentan con los recursos necesarios para ello. Se desconoce si estos aspectos son rescatados en las entrevistas con el joven y/o su familia, en el caso de ser derivados a programas de otro tipo.

8.3.3.2 Intervención de casos

Dentro de la teoría de cambio, este componente resulta clave y poco conflictivo, pues es el núcleo de la generación de cambios en las dinámicas familiares y, por tanto, de la consecución de resultados en materia de involucramiento delictual. Es un componente bastante estructurado, pues el modelo se encuentra claramente definido por MST Services. Los hallazgos indican que, al momento de la evaluación de impacto, la intervención en Chile se estaba realizando adecuadamente. Y que, si consideramos el aprendizaje en la implementación del programa, evidenciada también por los resultados del estudio de implementación, es posible suponer que actualmente se realiza igual de adecuadamente o mejor.

En este contexto, es importante señalar que un supuesto clave para el funcionamiento del programa definido por el modelo es contar con la voluntariedad de las familias que componen la población objetivo para participar del tratamiento. Se precisa que los jóvenes deben contar con un adulto responsable que quiera participar de la terapia, criterio comprensible en tanto la intervención está enfocada en el cambio del funcionamiento familiar que pueden realizar los padres o cuidadores. Esto se refuerza en tanto MST es un programa de intervención al cual no se ingresa por vía judicial o sanción. Aun cuando la derivación sea realizada por los tribunales de familia, una de las fuentes alternativas al ingreso vía Listado 24 Horas, no existe priorización ni obligatoriedad de participar para aquellos casos.

Este supuesto funciona adecuadamente, pues constituye una condición necesaria para la realización de la intervención, y es claramente definido en los criterios de exclusión del programa (a saber, ausencia de adulto responsable). Constituye pues un desafío a abordar para los equipos, en tanto deben desarrollarse estrategias para conseguir el interés de los adultos a cargo del joven para participar, lo cual se ve reflejado en los lineamientos del modelo y recursos disponibles del programa. Es interesante relevar que estos elementos son incorporados al modelo, en tanto se reconoce precisamente que este perfil de la población puede tener dificultades para adherir a una intervención, y que por tanto debe ser abordada de una manera especialmente proactiva.

Un segundo elemento que condiciona la intervención, y por tanto el funcionamiento del programa, es que los equipos terapéuticos de MST cuenten con los medios o recursos necesarios para realizarla. A partir de la información recogida a través de las diversas fuentes y analizada en el estudio de implementación, es posible relevar las barreras

existentes para que este supuesto se cumpla a nivel municipal, a propósito de que gran parte de los equipos comunales MST reporta dificultades para ejecutar los recursos de los cuales dispone el programa, producto de las dificultades propias de la forma de gestión municipal. Aun cuando no haya resultado gravitante para el logro de los resultados del programa, debe considerarse el peso que esta situación puede haber tenido sobre éstos.

Por otra parte, en este componente es de interés relevar la puesta en contacto del caso con la red de apoyo comunal. En la Terapia Multisistémica el trabajo del terapeuta está basado en la familia y se orienta a generar un cambio conductual, a la vez que por su enfoque ecológico es sensible a la relación del individuo y la familia con su entorno. Aun cuando por modelo MST se propone abordar la mayor cantidad de problemáticas familiares vinculadas a la comisión de delitos o conductas disruptivas, supone la posibilidad de apoyarse en otros programas disponibles en la red local.

Al igual que en el caso de programas de escolarización o inserción laboral, esto conlleva el supuesto de la existencia de una red de prestaciones o servicios sociales a los cuales sea posible derivar a las familias para facilitar su reintegración social, desarrollar habilidades y fortalecer recursos protectores. Sin embargo, los casos MST no tienen atención prioritaria en programas de salud metal, consumo de sustancias u otros.

Otro desafío por señalar es la articulación del programa 24 Horas, particularmente de MST con otros programas de Sename, del cual existe disponible escaso análisis e información. Actualmente, esta relación se gestiona a nivel comunal, en base a las relaciones entre profesionales y bastante mediada por el equipo EDT. El perfil de la población, sin embargo, dificulta una distinción tajante en la asignación de los casos, lo que se ve reflejado por ejemplo en la derivación de casos que están cumpliendo sanción en PLAE a MST, llegando cierto punto en el desarrollo de la intervención. O bien en la cooperación entre programas en aquellos casos que amerite la presencia de los equipos de intervención especializada de ambas instituciones. El enfoque familiar de MST es un aporte a la forma en que el sistema contempla la intervención de casos, por tanto, debiesen considerarse mejoras en el funcionamiento del Programa 24 Horas en materia de articulación entre programas de intervención.

8.3.3.3 Monitoreo y seguimiento de casos.

Para comenzar, debe ser destacada la importancia y desarrollo que tiene el monitoreo en este programa en comparación a otros programas sociales. En lo que puede ser considerado un aprendizaje positivo de política pública, bajo el liderazgo del Departamento de Reinserción Social de la SPD se traspasaron elementos de la lógica de monitoreo y aseguramiento de la calidad del modelo MST, al programa PAIF 24H general (siendo un ejemplo en esta línea, el desarrollo –aun en curso- del sistema informático de gestión SEG 24 Horas). Si bien MST aun cuenta con mayor nivel de desarrollo del sistema de datos, instrumentos, manuales sobre cómo proceder al respecto, etc., durante su implementación, el programa PAIF y especialmente el componente EDT han experimentado notables mejorías en esta materia.

En segundo término, el análisis general de los indicadores PIR realizado para el estudio de implementación, revela la existencia de una curva de aprendizaje de implementación del programa MST en el país. En los 4 grupos de indicadores analizados (carga de atención de casos, adherencia del terapeuta al modelo, adherencia del usuario al tratamiento y capacidad de monitoreo), es observable una mejora en el desempeño a nivel general y comunal de los últimos semestres de implementación respecto a los primeros. En este sentido, a partir de los indicadores analizados, es posible afirmar que el sistema de control y mejoramiento de la calidad del programa es efectivo y cumple con sus propósitos, además de actuar a favor de los buenos resultados e impacto obtenidos por MST. Esta idea se ve reforzada a partir de los problemas de orden cualitativos recogidos en el estudio, los cuales también han tendido a disminuir y ser resueltos, siendo esperable que la implementación del programa haya mejorado en términos generales.

Ahora bien, los indicadores e información disponibles para el monitoreo del programa tienden a estar centrados en las actividades y procesos; ejemplos de ello son el formato de revisión e informe PIR, que incluye datos sobre carga de casos del equipo, nivel de aplicación de instrumentos TAM-R en los participantes, caracterización del tipo de egreso de los casos del programa, entre otros. Como ha sido señalado, esta información es utilizada activamente para el monitoreo del programa, en especial por parte del equipo del nivel central a cargo. Sin embargo, la información generada tiende a ser poco compartida con otros actores clave del programa, incluyendo a los encargados municipales, lo que podría estar asociado a que sea poco utilizada para la toma de

decisiones a nivel local. Además, y también a nivel comunal, parece estarse utilizando escasamente aun para el posicionamiento del programa en las redes locales.

En el monitoreo que realiza dicho equipo, la información relativa a la ejecución de la terapia misma obtiene menor protagonismo. Datos sobre cantidad de sesiones realizadas, objetivos terapéuticos abordados, avances del caso, programas de la red local con la cual se activó el contacto para apoyo del caso u otros, no se encontraban disponibles en los reportes de indicadores consultados y tampoco referidos en documentos oficiales donde se analizará el programa. Pese a esto, los equipos locales señalaron utilizar dicha información activamente para su quehacer cotidiano, lo que refuerza la centralidad del componente de control y mejoramiento de la calidad en el programa MST.

Como se señaló anteriormente, un aspecto a relevar es la inclusión de indicadores de resultados en el modelo de MST, los cuales se reportan en la plataforma MSTI al término de la terapia y egreso del caso. Estos presentan algunas limitaciones, en primer lugar, respecto al alcance para comprender los resultados de la intervención; no serían entonces indicativos de los resultados finales del programa, sino intermedios y/o instrumentales. Y, en segundo lugar, respecto al alcance temporal que tienen. En tanto sólo son medidos al término del tratamiento, no permiten visualizar el cambio producido por la terapia (no consideran línea base) y tampoco la sostenibilidad de los cambios en el tiempo (seguimiento post egreso).

El indicador “permanencia del joven en el hogar” es un aspecto funcional a la realización misma de una intervención en contexto familiar, y un factor protector de los jóvenes. Usualmente es reportado por las mismas familias, pero no se consideran mecanismos para su seguimiento a través de datos administrativos de Sename, presencia del joven en sistema cerrado en caso de ser menor de edad, o bien de Gendarmería de Chile a través de datos del sistema cerrado adulto, para jóvenes que hayan cumplido 18 años.

El indicador “joven se encuentra estudiando/trabajando”, presenta el problema de calidad de la inserción social que está reportando, pues considera distintos tipos de inserción educativa y laboral, sin distinguir entre ellos. Para su monitoreo resulta problemático también no distinguir entre ambos indicadores y tratarlos de manera separada, así como no disponer de bases de datos actualizadas de otros organismos públicos que pudiesen ser atingentes para el seguimiento (no tanto en reincidencia, como en materia de inserción social), con las cuales realizar cruce de información.

El tercer indicador utilizado, y referido al objetivo principal del tratamiento, es “joven sin nuevas detenciones durante el tratamiento”, el cual, siendo un buen indicador, presenta el problema de falta de seguimiento sistemático post egreso del programa. Los profesionales del equipo, en especial la dupla EDT, tienen información respecto al nuevo contacto de los casos egresados del programa con el Listado 24 Horas, pues el caso vuelve a estar dentro de las nóminas enviadas semanalmente por el encargado municipal del mismo. De este modo, en la práctica ocurre un seguimiento de los casos, sin embargo, éste no se realiza sistemática y centralizadamente por un equipo a cargo de dicha tarea específica, sino de manera parcelada a nivel local.

De este modo, el análisis integrado evidencia dificultades para acceder a datos y/o información de buena calidad a nivel de casos y debilidades en el monitoreo de los resultados. Junto a lo anteriormente señalado, existen desafíos pendientes en materia de cruce de información de casos entre las distintas fuentes o bases de datos de las que disponen otros actores públicos, con los posibles efectos que ello tenga para el abordaje del problema de delincuencia juvenil. La información del monitoreo se difunde escasamente fuera del programa mismo, no se utiliza mayormente para posicionar el programa al interior de las redes locales y tampoco para la toma de decisiones a nivel municipal. Igualmente, persisten aspectos a mejorar en materia de retroalimentación de equipos y encargados locales a partir de los procesos de aseguramiento de la calidad, así como la incorporación de una mirada multidisciplinar al equipo de monitoreo de procesos y resultados.

9 Recomendaciones y propuestas de política pública

A partir de las conclusiones elaboradas para cada estudio, a saber el de implementación, prospectivo y seguimiento de casos, retrospectivo y el análisis integrado, a continuación se presentan recomendaciones, que constituyen sugerencias de mejora a la luz de los resultados, con miras a perfeccionar el programa tanto en aspectos vinculados con la 1) coordinación nacional y local del programa, 2) gestión administrativa del mismo, como aquellos relativos a las actividades propias del programa, particularmente las de 3) detección, evaluación y derivación; 4) intervención propiamente tal y el 5) seguimiento y monitoreo de las actividades y resultados del programa.

9.1 Recomendaciones a las instancias de coordinación nacional y local

- Resulta necesario efectuar un trabajo de posicionamiento del programa a nivel nacional en el ámbito de la oferta de Prevención del Delito. En efecto los resultados del estudio retrospectivo y prospectivo, en materia de reducción en la comisión de delitos en los jóvenes de mayor riesgo y sus efectos en la disminución de los factores de riesgo pre y post tratamiento, permiten sugerir, efectuadas las correcciones propuestas a continuación, que el programa MST debe constituir la oferta prioritaria a nivel nacional para la intervención de jóvenes de alto riesgo delictivo. Lo anterior implica un trabajo a nivel de las instancias nacionales, principalmente SPD, Subsecretaría de Justicia y Sename, con el objeto de que los jóvenes de alto riesgo sean intervenidos de manera prioritaria por MST, de manera que no obstaculice su intervención el que el joven se encuentre sujeto a un programa de la red de Sename ya sea por vulneración de derechos o por haber ingresado a programas de medidas y sanciones no privativas de la libertad de la red de colaboradores de Sename. Para esto importará ahondar el trabajo actualmente realizado por la SPD en la generación de protocolos de acuerdo entre estas instancias, y que sus acuerdos cuenten con la adecuada difusión en los operadores del sistema y la red de colaboradores de Sename. Por su parte, tratándose de jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas o sanciones en centros cerrados o semi cerrados, sería pertinente, generar instancias de evaluación del perfil de riesgo previo al egreso con Sename, que permitan captar población que se encuentre en próxima a cumplir su medida o sanción, para evaluar su incorporación al programa una vez que retornen a su hogar, dependiendo de la edad si la egreso

es de 18 años o menos. Lo anterior supone avanzar más allá de la derivación propia del sistema 24 Horas, y generar instancias de derivación autónoma de Sename previamente coordinada con la SPD, para aquellos casos que no cuenten con una adecuada intervención familiar.

- Junto con lo anterior, resulta necesario reforzar el posicionamiento del programa en instancias interministeriales, donde existen actores claves que aún no están alineados con el programa, como es el caso del Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Previsión Social y Ministerio de Salud, encargados de brindar oferta de atención en sus respectiva áreas y que son altamente relevantes para el logro de los objetivos de MST cuando se debe derivar o insertar a los NNA a estas redes. Particularmente relevante resulta la coordinación con la primera de estas carteras, considerando que uno de los resultados intermedios dice relación con la integración escolar del joven, en circunstancias que el estudio de implementación dio cuenta que los profesionales reportan prácticas de exclusión sobre este tipo de población, debiendo satisfacer el indicador con soluciones cuestionables desde la óptica de la reintegración, como son los exámenes libres o los sistemas de dos años en uno. De esta forma, se sugiere dentro del ámbito organizacional y a nivel central particularmente en el Departamento de Reinserción Social, la creación de una línea/área de trabajo que tenga como objetivo la promoción y posicionamiento de MST dentro de las redes a nivel central (ministerios, servicios) y a nivel local respecto a la oferta de atención de salud, educación, social, tribunales, policías etc. Así, como dio cuenta el mismo estudio, si bien el trabajo de redes se ha instaurado como una práctica tanto de los profesionales del nivel central como de los equipos clínicos desde el inicio del programa, no se advierte una línea de trabajo constante con objetivos claros, observándose más bien estrategias poco planificadas frente a situaciones más o menos críticas.

- Por su parte, a nivel local, resulta necesario mejorar la coordinación con las redes existentes en la comuna de ejecución del programa, particularmente con la red 24 Horas, y las instancias locales de atención de salud física y mental y los colegios. Como se dio cuenta en el estudio de implementación, la densidad de la red varía de comuna en comuna y también varía la proactividad de las contrapartes Municipales, en otorgar facilidades para la consecución de los objetivos del programa, por ejemplo, en caso jóvenes con desenganche escolar. Es por eso, que más allá de las contrapartes, debe haber una política

institucionalizada y sistemática tendiente a la suscripción de protocolos operativos, que fuercen a las redes a comprometerse en la consecución de los objetivos del programa.

- Si bien hallazgos del estudio de implementación no muestran evidencia contundente de que el contexto municipal sea una barrera insoslayable para la implementación del programa, sí se recomienda el mejoramiento de las redes de soporte municipal de MST y ajustes en el modo como se instala el modelo MST en el contexto local. En este sentido, como se dio cuenta en el estudio de implementación, cuando la capacitación en el modelo incluye a las contrapartes, se favorece su mejor comprensión de este, facilitando la alineación y apoyo local en las respectivas comunas.

- Finalmente, en esta materia, ya en términos de la política pública futura, se recomienda abordar la articulación de esta oferta con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de Desarrollo Social, con aquella que se encuentra contendida en los proyectos de ley relativos a la creación del nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil y el Servicio Nacional de Protección Especializada de Niños y Niñas, y el Sistema de Garantía de la Niñez, los cuales no entregan claridad respecto la oferta de prevención secundaria (Morales et al. 2017,) y cómo debiera conjugarse con programas especializados como MST.

9.2 Recomendaciones a la gestión administrativa del programa

- Como se dio cuenta en el estudio de implementación, un aspecto que debe ser perfeccionado dice relación con la ejecución del convenio con la SPD por parte de los Municipios. Si bien, existen varianzas y buenas prácticas en algunos de ellos, que han permitido soslayar los problemas relativos a la provisión de recursos importantes para la ejecución del programa, como es el pago de sueldos de los profesionales y el suministro de fondos flexibles para el refuerzo a la intervención, entre otros, se observan de manera generalizada retrasos temporales en su provisión. Si bien esto no ha incidido de manera observable en aspectos tales como la rotación de personal en esta evaluación, esto podría tener incidencia a futuro, considerando que aun la ejecución del programa es reciente y gradual. Tomando en cuenta lo anterior, se recomienda analizar la provisión de recursos de manera plurianual, permitiendo la suscripción de los convenios con independencia del resto de los programas municipales y

asegurando la continuidad en el pago de los honorarios de los equipos técnicos y los recursos para la ejecución del programa. En este sentido, la incorporación de una glosa presupuestaria en el presupuesto de la SPD que faculte a esta entidad a suscribir convenios por periodos de 3 años con los distintos municipios beneficiarios permitiría dar continuidad operativa a los programas, evitando las demoras en los procesos de renovación de los contratos a honorarios y provisión de insumos, favoreciendo una mejor ejecución de las iniciativas y una evaluación por periodos que permiten ejecutar ciclos de trabajo completos.

- Otro aspecto administrativo relevante dice relación con la precariedad contractual del equipo destinado a la intervención. Si bien su contratación bajo la modalidad de honorarios estaría justificada en un inicio, considerando que la implementación del programa se efectuó en calidad de piloto, actualmente, considerando su ampliación e importancia en el contexto de la política pública de prevención del delito, resulta recomendable que se mejore la calidad contractual de los equipos. Lo anterior se justifica en la elevada especialización y aprendizajes de estos tanto a nivel local como central, evidenciados en el estudio de implementación, aspectos que deben ser resguardados, considerando que se desempeñan en una jornada 24/7 y en territorios que cuentan con elevados índices socio-delictuales, que precisamente justifican la localización territorial del programa. En efecto, la calidad contractual sumada a los retrasos en la tramitación de los convenios y su efecto en el pago de dichos honorarios, compite en términos negativos con la calidad del programa y el alto nivel de especialización profesional que se logra implementando el modelo clínico MST. Si bien, no es factible en base a los datos recopilados establecer si estas circunstancias aumentan la rotación de cargos, sí se puede sostener que afectan la motivación y bienestar laboral. Considerando lo anterior, y la preservación de la especialización, es que se recomienda explorar fórmulas que mejoren la calidad contractual, a contrata o bajo Código del Trabajo, según el empleador que se defina (i.e. Municipio, Corporación Municipal u otro), tomando en consideración la existencia de buenas prácticas que pudiesen ser replicadas.

- En la misma línea tendiente a preservar la especialización de los profesionales y evitar la rotación, se recomienda estudiar la instalación de programas a nivel central de autocuidado de los equipos, consistentes en generar instancias de manejo del estrés relativo al trabajo con familias multi-problemáticas en contexto de alto riesgo social. En este sentido, se sugiere insertar dentro de los

mismos esquemas actuales de trabajo, la posibilidad de revisar los procesos personales de terapeutas y supervisores respecto a sus roles profesionales en sesiones de trabajo guiado y estructurado por psicólogos con experticia en el tema de autocuidado profesional. Esto podría enlazarse con las jornadas de reforzamiento ("booster") y adicionar algunos días a los tópicos revisados del modelo MST mismo. Asimismo, también resulta pertinente proponer, que los mismos equipos comunales generen sus propios planes de autocuidado que logren integrar la carga laboral de atención de familias con instancias de manejo de estrés. Estas debiesen contemplarse de manera periódica (3 o 4 veces por año), aprobadas por la Subsecretaría y por MST Services, y que contemplen presupuesto acorde a las necesidades de dichos planes. Dichas instancias debieran insertarse dentro de la lógica misma del Departamento de reinserción social, comprometiendo indicadores, presupuestos y resultados, que a su vez redunden en calidad laboral, menor rotación y mayor motivación el trabajo realizado.

9.3 Recomendaciones en el sistema de detección, evaluación y derivación

- Dada la relevancia que tiene el instrumento ASSET para efectos de la decisión de ingreso al programa MST, se sugiere realizar la validación del instrumento en Chile. Como se explicó en el estudio prospectivo, las correlaciones entre la FER-R y el ASSET son estadísticamente significativas, con un efecto mediano para los riesgos totales; y con sentido y tamaño de efecto pequeño para los recursos totales de la FER-R. Si bien esta evidencia preliminar es muy favorable, pues le entrega validez al instrumento para medir riesgos criminógenos en la población en estudio, hay que tener presente que el instrumento no se evaluó en su totalidad ni se analizó el peso de cada escala en términos psicométricos en relación con el puntaje total del mismo. Asimismo, junto con su validación, se sugiere la inclusión del apartado de recursos del instrumento utilizado, buscando acercarse a los estándares actuales de ASSET en Reino Unido, donde la versión "ASSET Plus" permite no solo evaluar riesgos y recursos, sino también llevar a cabo un sistema de gestión integral de casos.

- Sin perjuicio de la anterior recomendación, también en consonancia con los hallazgos del estudio prospectivo, se sugiere revisar el criterio de priorización de entrada al programa asociado a los puntajes de corte de acuerdo con el nivel de

riesgo. Como se dio cuenta en los estudios prospectivo y retrospectivo, los puntajes de corte utilizados en la actualidad (21 como punto de corte para alto riesgo) debiesen ser corregidos, pues de acuerdo con los análisis efectuados, se estarían sobreestimando los riesgos de los adolescentes, siendo de 23 puntos el puntaje ASSET sugerido para identificar como de alto riesgo.

- Por su parte, los hallazgos del estudio retrospectivo muestran resultados bastante consistentes, favorables y estadísticamente significativos con los jóvenes de mayor edad (16 a 18 años al momento del egreso). Este resultado es bastante interesante puesto que muestra un mejor desempeño en jóvenes que pueden encontrarse en tránsito entre el sistema de justicia juvenil y el sistema de justicia de adultos, en consonancia con anteriores recomendaciones, lo que a vez se contrapone con el criterio de actual priorización del programa en jóvenes menores de 14 años. En ese sentido, hay que tener presente que, si bien el programa no muestra reducciones significativas de conductas delictuales en dicho tramo etario, sí muestra efectos menores de 14 años en la disminución de factores de riesgo socio delictuales, lo que avala la inclusión del grupo como parte del público objetivo, mas no su priorización en la entrada.

9.4 Recomendaciones a la intervención

- Considerando los hallazgos del estudio retrospectivo y prospectivo, y con el objeto de no afectar la fidelidad del programa, la única sugerencia que resulta relevante a la luz de los resultados es la realización de un diagnóstico en mayor profundidad de los efectos del tratamiento con relación al consumo problemático de drogas y alcohol de la población atendida. Como se señaló en el estudio prospectivo, la muestra seguida no presentó diferencias significativas ni a favor de la reducción o aumento del consumo de estas substancias con relación a la medición de egreso, salvo en el caso del consumo de marihuana en que se observó una diferencia estadísticamente significativa subiendo la puntuación al año desde el egreso, no obstante, con un tamaño de efecto pequeño. Por su parte, el análisis pre y post ASSET del grupo de tratamiento del estudio retrospectivo, demostró que uno de los factores que mostró menor reducción, fue precisamente el relativo al uso de sustancias (40%). En ese sentido, si bien fue reportado en las entrevistas del estudio de implementación, la incorporación reciente de un componente de intervención en dicha área -que trasciende la revisión temporal del presente estudio-, se sugiere la realización de diagnósticos

más precisos respecto de la prevalencia del consumo problemático en la población atendida y a su vez los resultados asociados la reducción del consumo de dicho componente.

9.5 Recomendaciones de seguimiento de la intervención y monitoreo de las actividades y resultados del programa

- Los hallazgos tanto del prospectivo, como el retrospectivo, en términos de la evaluación de riesgos dan cuenta de la necesidad de mejorar la tasa de aplicación de ASSET post egreso al 100%, dado que dicha aplicación no se estaría efectuando en todos los casos, ni se estaría priorizado como actividad de los EDT, no obstante que entrega información valiosa para dar cuenta de los efectos de la intervención.

- En consonancia con la anterior recomendación, se sugiere mejorar la tasa de aplicación de ASSET post egreso al 100%, dado que dicha aplicación no se estaría efectuando en todos los casos, ni se estaría priorizado como actividad de los EDT, no obstante que entrega información valiosa para dar cuenta de los efectos de la intervención.

- Junto con lo anterior, se recomienda efectuar un seguimiento administrativo de los resultados de la intervención, al menos dentro del primer año de egreso. Para eso, sería relevante que se consultara en un período de 3, 6 y 12 meses coincidencias con el listado 24 Horas; junto con una medición permanente de la reincidencia promedio a los 12 meses del egreso. Lo anterior permitirá hacer un seguimiento adecuado de los casos en el tiempo, debiendo incluso permitir efectuar intervenciones breves en la familia, junto con activar la red, en caso de recaídas.

- En cuanto al monitoreo de los resultados del programa, es fundamental contar con líneas base para el seguimiento, toda vez que actualmente, solo se consideran estándares, pero no se logran medir avances en los indicadores a nivel de individuo (participante).

- Junto con lo anterior, se recomienda separar el indicador de inserción laboral del educacional, toda vez que ambos indicadores no son excluyentes entre sí, y por

separado, entregan información valiosa respecto de los resultados intermedios obtenidos por el programa.

- Finalmente, se sugiere la existencia de una mayor vinculación de los datos del programa con datos administrativos correspondientes a organismos públicos. Así, por ejemplo, en el caso de los resultados finales, debiese implementarse indicadores basados en dato de formalizaciones (tanto en aquellos relativos a la ley de responsabilidad penal adolescente como del sistema adultos) o bien nuevo contacto con el listado 24 Horas, prefiriéndose los datos correspondientes al primer tipo. Lo anterior, considerando que el dato relativo a las formalizaciones permite despeja la incidencia de entradas asociadas a la vulneración de derechos, así como evitar la existencia de datos truncados con ocasión del cumplimiento de la mayoría de edad.

10 Referencias bibliográficas

Alarcón, P. (2015). Una aproximación multidimensional al comportamiento antisocial durante la adolescencia. Tesis de Doctorado en Métodos y Técnicas de Investigación en Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Ander, E. (1982). Técnicas de investigación social. España. Humanitas Alicante.

Andrews, D., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behaviour, 19-52.

Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A metaanalytic review of program integrity. Legal and Criminological Psychology, 10, 173-187.

ANDREWS, Donald, ZINGER, Ivan, HOGE, Robert, BONTA, James, GENDREAU, Paul y CULLEN, Francis (1990). "Does Correctional Treatment Work?: A clinically relevant and psychologically informed Meta-Analysis", Criminology, vol. 28 , n° 3, 369–404.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 569-578.

Bourduin, Ch. & Schaeffer, C. (2009). A Randomized Clinical Trial Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vo. 77, N° 1, 26-37.

Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 2, 81-93.

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods.* New York: Oxford University Press.

CAP. (2016). *Chicago Area Project: The Beginning*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de Chicago Area Project: http://www.chicagoareaproject.org/historical-look-chicago-area-project

Carabineros de Chile. (2016). Número de niños, niñas y adolescentes inimputables con reingresos por dicho motivo al listado 24 horas a nivel nacional, año 2015. Santiago, Chile: Información obtenida por solicitud de información pública.

Carabineros de Chile - Gobierno de Chile. (1995-2010). *Programa 24 Horas de Seguridad Integrada para Niños, Niñas y Adolescentes.* Recuperado el 10 de Abril de 2017, de Georgetown University Political Database of the Americas: https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwja88ugh5rTAhVIjpAKHQS7CWEQFggoMAE&url=http%3A%2F%2Fpdba.georgetown.edu%2FSecurity%2Fcitizensecurity%2Fchile%2Fpoliticas%2F24horas.pdf&usg=AFQjCNH5CNMbG6G1o3xdDrFnBqb9

Centro de Políticas Públicas UC. (2012). *Evaluación de los primeros años de Implementación del Programa de Subvención Escolar Preferencial, de la Subsecretaría de Educación* . Santiago: Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica de Chile Blueprints (2016). Disponible en línea en: http://www.Blueprintsprograms.com/ Fecha de consulta: 20 de octubre de 2016

Chacón, A. (2014). *La implementación del modelo de terapia multisistémica en Chile: primer movelo de intervención basado en evidencia para intervenir con jóvenes con conductas delictivas.* Santiago, Chile: Universidad Central de Chile.

Chesta, S., Wenger, L., Pérez-Luco, R., Reyes, A., Schman, P., & Mella, R. (2015). Guía para la detección del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes “DEP-ADO”. Adaptación del original de C. Germain, L. Guyon, M. Landry, J. Tremblay, N. Brunelle & J. Bergeron (RISQ, Canadá, 2007). Instrumento del Protocolo de Evaluación Diferenciada MMIDA®. Temuco: Universidad de La Frontera.

Children’s Services Council of Palm Beach Country. (2007). Research Review - Evidence-Based Programs and Practices: What Does It All Mean? USA: http://www.evidencebasedassociates.com/reports/research_review.pdf.

Cid, J., & Larrauri , E. (2001). *Teorías Criminológicas. Explicación y prevención de la delincuencia*. Barcelona: Bosch editores.

Coalition for Evidence-Based Policy . (2015). *Social Programs That Work*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2017, de http://evidencebasedprograms.org/1366-2/multisystemic-therapy-for-juvenile-offenders

Colaizzi, P. (2003). Psychological Research as the Phenomenologist view it. University Press. Oxford.

Contraloría General de la República. (2017). Recuperado el 29 de Mayo de 2017, de https://www.contraloria.cl/portalweb/web/cgr/normativa-procedimientos-instrucciones

Creswell, J. (2001). Qualitative inquiry and Research Design. Sage Publications.

CrimeSolutions (2016). Disponible en línea en: https://www.crimesolutions.gov/ Fecha de consulta: 20 de octubre de 2016

Declaración de los derechos del niño (1959). Disponible en línea en: http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/. Fecha de consulta: 14-12-2017

Depto. de Reinserción Social, SPD. (2016). *Minuta* . Santiago, Chile.

Drake, E., Aos, S. y Miller, M. (2009). Evidence based public policy options to reduce crime and criminal justice costs: Implications in Washington State. Washington Institute for Public Policy.

Empleos Públicos (2016) Empleo: Supervisor Clínico para Equipo de Terapia Multisistémica- Región Metropolitana. Publicado en mayo, 2016. Ministerio de Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría de Prevención del Delito.

Empleos Públicos (2017) Empleo: Terapeuta para Equipo de Terapia Multisistémica, Programa 24 Horas- Región Metropolitana, comuna de Estación Central. Publicado en febrero, 2017. Ministerio de Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría de Prevención del Delito.

Episcenter (2017). Defining evidence based programs. Disponible en línea en: http://www.episcenter.psu.edu/ebp/definition. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2016

Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & Piquero, A. R. (2016). Risk, promotive, and protective factors in youth offending: Results from the Cambridge study in delinquent development. Journal of Criminal Justice, 45, 63-70.

Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

Fixsen, D., Panzano, P., Naoom, S., & Blase, K. (2008). *Measures of Implementation Components of the National Implementation Research Network Frameworks.* Chapell Hill: Authors.

Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children Vol.79, No.2*, 213-230.

Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Duda, M. (2015). *Implementation Drivers: Assessing Best Practices. .* USA: National Implementation Science Network (NIRN). UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA CHAPEL HILL.

Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly, 82(4), 581-629.

Guernica Consultores. (2012). *Estudio: Análisis del estado de implementación y el diseño de evaluación del programa "Barrio en Paz", de la Subsecretaría de Prevención del Delito.* Santiago: SPD - DIPRES.

Heckman, J. (1979). Sample selection bias as a specification error. Econométrica 47, 153–61.

Hein, A. (2014). Informe de análisis preliminar de resultados del Programa Terapia Multisistémica. Documento interno Subsecretaria de Prevención del Delito.

Hein, A. (2013). *Factores de riesgo y delincuencia juveni: revisión de la literatura nacional e internacional.* Santiago: Fundación Paz Ciudadana.

Henggeler, S., Melton, G. y Smith, L. (1992). Family preservation using Multisystemic Therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. Journal of consulting and clinical psychology, 60(6), 953-961.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. Journal of Child and Family Studies, 2(4), 283-293.

Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(7), 868-874.

Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(1), 42-54.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 821-833.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 953-961.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. Journal of Child and Family Studies, 2(4), 283-293.

Henggeler, S. W. and Sheidow, A. J. (2012), Empirically Supported Family-Based Treatments for Conduct Disorder and Delinquency in Adolescents. Journal of Marital and Family Therapy, 38: 30–58. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00244.x

Henggeler, S, W. K. Schoenwald, C.M. Borduin, M.D. Rowland, P.B (2009). Cunningham. Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd Ed.) Guilford Press, New York.

J-PAL. (2017). *Módulo 3: Teoría de Cambio.* Recuperado el Octubre de 2017, de edX - Curso Evaluación de Programas Sociales: https://www.edx.org/course/evaluating-social-programs-mitx-jpal101x-6

Klein, K., Sorra, J. (1996). The challenge of innovation implementation. Acad. Manage Rev, 21, 1055–1080.

Lee, Myoung-Jae (2005): Micro-econometrics for Policy, Program and Treatment Effects, Oxford University Press. Chapter 2.

Littell J., Popa M., Forsythe B. (2005). Terapia Multisistémica para los Problemas Sociales, Emocionales y de Conducta de Niños y Adolescentes entre 10 y 17 años. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford.

Martínez Miguélez, M. (2004). Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. México D.F., Editorial Trillas.

Ministerio del Interior. (2014). *Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito.* Santiago, Chile: Subsecretaría de Prevención del Delito. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Morales, Figueroa, McLean, Moraga, Bustamante y Chacon (2017). *Intervenciones destinadas a la prevención de conductas delictivas en niños, niñas y adolescentes Propuestas para el periodo de Gobierno 2018-2022*. Santiago: Fundación Paz Ciudadana-Fundación San Carlos del Maipo.

Morra-Imas, L. (2009). *The road to results: designing and conducting effective development evaluations.* Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

MST Services. (2014). *Multisystemic Therapy (MST) Organizational Manual.* Charleston, SC: Author.

MST Services (2015a). MST Treatment Model. Extraído en www.mstservices.com

MST Services (2015b). Research at a Glance. Extraído en www.mstservices.com

MST Services. (2015c). *MST Multysistemic Therapy. Breaking the cycle of Criminal Behaviour by keeping teens at home, in school and out of trouble.* Recuperado el 18 de Abril de 2017, de http://mstservices.com/index.php/teams/team-locations

Multisystemic Therapy ® (MST ®) Research at a Glance January 2016.

MST Services www.mstservices.com/complete_overview.php (pag 16).

MST Services (2017). What is MST?. Disponible en línea en: http://mstservices.com/what-is-mst/what-is-mst . Fecha de consulta: 14-12-2017

Neyman, Jerzy (1923). Sur les applications de la theorie des probabilites aux experiences agricoles: Essai des principes. Master's Thesis (1923). Excerpts reprinted in English, Statistical Science, Vol. 5, pp. 463-472. (D. M. Dabrowska, and T. P. Speed, Translators)

NIRN. (s.f.). *Leadership*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2017, de National Implementation Research Network: http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers/leadership

NIRN. (s/f). *Full implementation*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2017, de The National Implementation Research Network: http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-stages/full-implementation

Núñez, Rivera, Villavicencio y Molina (2003). Determinantes socioeconómicos y demográficos del crimen en Chile. Evidencia desde un Panel de datos de las regiones Chilenas. Estudios de economía. Vol. 30, nº1, Junio 2003, p. 55-85

Odgen, T., Bjornebekk, G., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollerfsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs- a pilot study. *Implementation Science*, 7:49.

Pantoja, R. (09 de Diciembre de 2011). *Informa con respecto al re-diseño del Programa Vida Nueva*. Santiago, Chile: Departamento de Reinserción Social, Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interios y Seguridad Pública.

Pantoja, R. (2015). Multisystemic therapy in Chile: A public sector innovation case study. *Psychosocial Intervention*, (4) 97–103.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice.* United States of America: SAGE Publications, Inc.

Pérez Luco, R. (2016). Procedimientos de ADC Análisis de Contenidos Jerárquico Ponderado "AC-JP". Texto base ramo de Metodología Cualitativa. Universidad de La Frontera.

Pérez-Luco, R., Lagos, L., Chesta, S., & Báez, C. (2013). Escala de delincuencia autorevelada "EDA". Instrumento del Protocolo de Evaluación Diferenciada MMIDA®. Temuco: Universidad de La Frontera.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., y otros. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measuremente Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38:65-76

Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (1985). Disponible en línea en: https://www.unicef.org/panama/spanish/7972.htm. Fecha de consulta: 14-12-2017

Requena, L. (2013). Principios generales de criminología del desarrollo y las carreras criminales, Bosch Editor.

Rodríguez, G., Gil Flores, J. y García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. España.

Rosenbaum, P. and Rubin, D. 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika 70, 41–55.

Rubin, Donald B. (1974). Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. Journal of Educational Psychology 66(5): 688-701.

Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People.* Cambridge: Cambridge University Press.

Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Ed. Panapo.

Sawyer AM, Borduin CM (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: a 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. J Consult Clin Psychol. Oct; 79(5): 643-52.

Sename - DSP. (2011). *Programa Vida Nueva 2010. Sistema de Gestión Territorial para la intervención con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social.* Santiago, Chile: Servicio Nacional de menores (Sename). División de Seguridad Pública (DSP) del Ministerio de Interior.

Sename - SPD. (2012). *Informe final de evaluación Programa Vida Nueva.* Santiago, Chile: Ministerio de Justicia - Ministerio de Interior y Seguridad Pública.

Sename. (2015). *¿Qué es el Programa 24 Horas?* Santiago, Chile: Servicio Nacional de Menores, Ministerio de Justicia.

Servicio Nacional de Menores. (2015). *Reincidencia de jóvenes infractores de ley RPA.* Santiago: Ministerio de Justicia.

SPD. (Agosto de 2012). Minuta "Primer ajuste de puntajes de corte ASSET". Santiago, Chile: División de Seguridad Pública, Subsecretaría de Prevención del Delito.

SPD (2012) Bases provisión de cargos Postulación terapeuta y supervisor clínico para terapia Multisistémica del programa vida nueva. Ministerio de Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría de Prevención del Delito.

SPD. (2015). *Formulario de presentación de Programas sociales nuevos para evaluación ex-ante: PAIF 24 Horas.* Santiago, Chile: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior y Seguridad Pública.

SPD. (2015). *Lineamientos y Metas de Terapia Multisistémica - MST. Metas del Programa, Metas en el Tratamiento de Casos Específicos, Criterios para egresar los Casos y Resultados.* Santiago, Chile: Departamento de Reinserción Social, Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SPD. (2016). *Informe de gestión Programa de Atención Integral Familiar 24 Horas* . Santiago, Chile: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior y Seguridad Pública.

SPD. (2017). *Lineamientos y Metas Programa PAIF 24 Horas.* Santiago, Chile: Departamento de Reinserción Social, División de Programas y Estudios, Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SPD - ISONOMA. (2016). *Estudio de Género y Factores de Riesgo Socio-delictual en el Programa PAIF 24 Horas.* Santiago: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SPD - Sename. (2016). *Lineamiento técnico "Intervención complementaria entre equipos de justicia juvenil y circuito 24 Horas".* Santiago, Chile: Subsecretaría de Prevención del Delito - Sename.

Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 445-453.

Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Patel, H. (1996). Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient and residential placement. Journal of Child and Family Studies, 5, 431-444.

Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. Psychology & Health, 11(2), 261-271. http://dx.doi.org/ 10.1080/08870449608400256

Smith, J. A. & Osborn, M. (2007) Interpretative Phenomenological Analysis. En J. A. Smith (Ed.) Qualitative Psychology: A practical guide to research methods (pp. 53-80). London: SAGE.

Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. Health Psychology Review, 5(1), 9-27. http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.510659

Smith, J. A. & Pietkiewicz, I. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal, 20 (1), 7-14. http://dx.doi.org/ 10.14691/CPPJ.20.1.7

Sperber, Latessa y Makarios (2013). Examining the Interaction between Level of Risk and Dosage of Treatment. Criminal Justice and Behavior, 40(3).

Storey, L. (2007) Doing Interpretative Phenomenological Analysis. En E. Lyons & A. Coyle (Eds.) Analyzing qualitative data in Psychology (pp. 51-64). London: SAGE

Subsecretaria de Prevención del Delito (2015). Aprueba bases administrativas y técnicas para la contratación del servicio de evaluación de impacto del programa de atención integral familiar (PAIF) 24 horas y anexos. Resolución exenta n° 6225 de 25 de septiembre de 2015.

Subsecretaria de Prevención del Delito (2017). Bases para el cargo de Terapeuta para Equipo de Terapia Multisistémica, Programa 24 Horas- Región Metropolitana, comuna de Estación Central.

Swenson, M. (2011). MST overview for Chile. Exposición en seminarios de Terapia Multisistémica en el contexto de la implementación del programa. Santiago, Chile.

Taylor S. y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Editorial Paidós.

Tierra Esperanza. (17 de Marzo de 2014). *Terapia Familiar Funcional*. Obtenido de http://www.tdesperanza.cl/portal/noticias/index/id/189/

Triple P. (2017). *Programa de Parentalidad Positiva*. Obtenido de http://www.triplep.cl/

Wenger, L., Pérez-Luco, R., Chesta, S., & Lagos, L. (2013). Escala de gravedad del enganche delictivo "EGED". Instrumento del Protocolo de Evaluación Diferenciada MMIDA®. Temuco: Universidad de La Frontera.

Wesley, Jennings, Loeber, Pardini, Piquero & Farrington (2016). Offending from Childhood to Young Adulthood Recent Results from the Pittsburgh Youth Study. Springer Briefs in Criminology. Springer International Publishing

Wilson J. y Herrenstein R. (1985). Crime and Human Nature: The Definitive Study of the Causes of Crime, New York: Simon & Schuster, 1985.

W.K. Kellogg Foundation. (2001). Guía de Desarrollo de Modelos Lógicos. Michigan, USA.