



**Informe Técnico N°5**

# **Prevención y actuación en situaciones de crisis en centros de protección**



## Resumen

*El presente informe técnico realiza un análisis de las intervenciones del Servicio Nacional de Menores (Sename) en el abordaje de situaciones de crisis en los centros residenciales de protección. En su desarrollo se estudiaron diversos antecedentes documentales, cuantitativos, experiencia comparada, entrevistas a funcionarios y se realizó un cuestionario y un panel de expertos. El informe identifica las diversas problemáticas existentes y realiza recomendaciones para lograr mejores prácticas de cuidado.*

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1 Violencia hacia niños, niñas y adolescentes.....	7
2.2 Directrices internacionales sobre la violencia infantil .....	8
2.3 Marco normativo nacional sobre maltrato y tortura .....	8
2.4 Institucionalización de niños y niñas en Chile.....	9
2.4.1 Sistema de cuidado residencial en Chile.....	9
2.4.2 Caracterización de los niños y niñas institucionalizados .....	10
2.4.3 Violencia institucional en los centros residenciales.....	12
2.4.4 Condiciones de los centros residenciales para el cuidado .....	13
2.5 Privación de libertad en adolescentes y jóvenes.....	14
3. RESULTADOS.....	16
3.1 La contención física como un método de control y castigo.....	16
3.2 Sobre el origen y estructuración del protocolo .....	19
3.3 Condiciones de calidad.....	21
3.4 Modelo de cuidado e intervención en situaciones de crisis .....	22
3.5 Sobre la administración de los medicamentos.....	23
3.6 La contención física en entredicho .....	24
3.7 Situaciones detectadas en centros privativos de libertad.....	27
4. ANÁLISIS DOCUMENTAL.....	29
4.1 Modelo de cuidado residencial .....	29
4.2 Recomendaciones internacionales.....	33
4.3 Normativa y estudios nacionales.....	33
4.3.1 Normativa nacional.....	33
4.3.2 Estudios e informes nacionales .....	34
4.4 Regulaciones internacionales.....	35
5. RECOMENDACIONES.....	41
5.1 Ética de respeto y buen trato .....	41
5.2 Un protocolo de prevención de situaciones de crisis .....	44
5.2.1 Identificar las alertas a tiempo.....	44
5.2.2 Personal especializado en enfoque de trauma .....	45

5.2.3 <i>La necesidad de una red de salud disponible constantemente</i> .....	46
5.3 Modelo de atención general para la intervención en crisis .....	46
5.4 La prevención del suicidio .....	47
5.5 La contención verbal .....	49
5.6 Contención farmacológica y administración medicamentos .....	50
5.6.1 <i>Personal a cargo de la administración de medicamentos</i> .....	50
5.6.2 <i>Administración de medicamentos</i> .....	51
5.6.3 <i>Contención farmacológica en situaciones de crisis</i> .....	53
5.7 Intervención en crisis suicida.....	53
5.8 Contención física .....	54
5.9 Recomendaciones de regulación y gobernanza .....	60
5.10 Recomendaciones para centros de justicia juvenil .....	62
6. CONCLUSIONES .....	66
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67

# 1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se han dado a conocer graves violaciones a los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes que están bajo protección en los centros residenciales de la red del Servicio Nacional de Menores (Sename). Esto ha sido reportado en una serie de medios de comunicación y en informes de investigación provenientes de los distintos poderes del Estado y de organismos internacionales, los que han generado una profunda conmoción en la opinión pública.

En enero de 2017, el Jefe Nacional de Delitos contra la Familia, Richard Bórquez, dio a conocer que en el 70% de los niños y niñas fallecidos en la red Sename, cuyos casos estaban siendo investigados por Fiscalía, existía responsabilidad de terceras personas, siendo muchos casos cuasidelitos.<sup>1</sup> Asimismo, en julio de 2018, el órgano optó por perseguir el maltrato en centros del servicio bajo el marco legal que tipifica los delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes.<sup>2</sup>

Por su parte, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) ha presentado una serie de querrelas por el delito de tortura a diferentes centros del sistema residencial como de responsabilidad penal adolescente.

La tortura es entendida por el Comité de los Derechos del Niño en su Observación general N°13 como "todo acto de violencia contra un niño para obligarlo a confesar, castigarlo extrajudicialmente por conductas ilícitas o indeseadas u obligarlo a realizar actividades contra su voluntad". La observación considera entre sus posibles autores "el personal de los hogares y residencias" (Comité de los Derechos del Niño, 2011, pág.11).

En muchos de los casos en donde el INDH y el Ministerio Público han intervenido, se han aplicado una serie de acciones de intervención en crisis, que incluyen la sujeción y contención de tipo física por parte de los funcionarios públicos en el contexto de situaciones de crisis dentro de los centros residenciales.

Frente a ello, surgen diferentes cuestionamientos: ¿Los lineamientos y protocolos son de buena calidad? ¿Éstos son adheridos por los funcionarios y funcionarias?, ¿Existen las condiciones para su implementación? Éstas son algunas preguntas básicas que surgen al analizar estas situaciones.

Esta investigación se inició debido a una denuncia que recibió el Observatorio para la Confianza a partir de un documento oficial de un organismo público que establece un

---

<sup>1</sup> Ver: <http://www.duna.cl/noticias/2018/01/09/258-muertes-en-el-sename-cerca-del-70-son-responsabilizadas-a-terceros/>

<sup>2</sup> Ver: <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/07/09/912593/Fiscalia-uniforma-criterio-para-enfrentar-maltrato-a-ninos-del-Sename-Se-perseguiran-bajo-ley-contr-la-tortura.html>

protocolo de actuación al respecto<sup>3</sup>. Este detalla y permite la aplicación de una serie de acciones en situaciones de crisis, incluida la contención física. Este protocolo recibió críticas debido a su falta de especificación y detalle en los procedimientos.<sup>4</sup> Por tanto, es importante entonces elaborar un estudio sobre su calidad, pertinencia y factibilidad.

El presente informe realiza un análisis de los actuales protocolos existentes del Sename frente a situaciones de crisis en el ámbito residencial. Aun así, se incluyen algunos testimonios levantados de funcionarios de centros de justicia juvenil que se consideraron importantes para el informe debido a las situaciones reportadas.

Para su desarrollo, se efectuaron entrevistas a funcionarios del Cread Galvarino, un cuestionario de expertos, un panel de expertos<sup>5</sup>, una revisión comparada de guías y protocolos, y un análisis técnico. A partir de la información levantada, se generan recomendaciones de regulación al respecto, de cara a avanzar hacia la constitución de procedimientos y estándares verdaderamente respetuosos de los derechos de la niñez.

---

<sup>3</sup> El documento, promulgado en abril de 2016 se llama “Protocolos de actuación para residencias de protección de la red colaboradora de Sename” Específicamente, se analizó los contenidos expuestos en el capítulo VIII “Protocolo de actuación en situación de crisis y/o conflictos”.

<sup>4</sup> Ver: <http://www2.latercera.com/noticia/critican-protocolo-contencion-ninos-del-sename/>.

<sup>5</sup> Los participantes del panel fueron: Felipe Lecannelier, Psicólogo experto en infancia; Juan Andrés Mosca, Psiquiatra; Alejandra Riveros, Directora Nacional de Aldeas Infantiles SOS; María Isabel Pacheco, de la Comunidad de Organizaciones Solidarias; Alejandro Montecinos, en representación del Colegio de Técnicos en Enfermería; Mauricio Carreño, asesor de la Subsecretaría de la Niñez; Francis Valverde, Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas; y Alicia Salgado, Trabajadora Social de Fundación Infancia. Este panel también participó del cuestionario de expertos, en el cual también estuvieron otros expertos/as de manera anónima.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 Violencia hacia niños, niñas y adolescentes

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), tres de cada diez adultos/as en el mundo creen que para criar o educar de manera adecuada a un niño/a es necesario el castigo físico. Asimismo, seis de cada diez niños/as entre 2 y 14 años de edad sufrieron de castigos corporales (UNICEF, 2014).

En Chile, según el Cuarto estudio de maltrato infantil de UNICEF Chile en 2012, el 71% de los niños recibió violencia de parte de su padre, madre o cuidador/a, siendo un 51,5% violencia física.

Por su parte, la Primera Encuesta Nacional de Polivictimización de niños, niñas y adolescentes, identificó que el 34% ha sufrido al menos una situación de maltrato por parte de sus cuidadores/as en los últimos doce meses (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2017). Esta situación sería mayor en mujeres, en donde el porcentaje aumenta a 43% frente al 26% de los hombres, lo que se explicaría – principalmente – por una mayor respuesta afirmativa de mujeres frente a la experiencia de “haberse sentido mal por el insulto de un cercano” (Consejo Nacional de la Infancia, 2018, págs. 32-33).

El reciente estudio de World Visión y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile “Modelos culturales de crianza en Chile: castigo y ternura, una mirada desde los niños y niñas” aplicado a 2.456 alumnos/as de séptimo y octavo básico de colegios municipales, identificó que el 49,9% de los hogares del país utiliza la violencia como método de crianza, en donde un 41,1% declaró recibir golpes, cachetadas o empujones “siempre” o “casi siempre”. Por su parte, la violencia psicológica estaría presente en un 22,7% de los hogares.

La violencia y el castigo hacia la infancia es algo que históricamente ha sido naturalizado en la sociedad y urge realizar acciones preventivas, jurídicas y de protección para detenerlo. Existe suficiente evidencia que demuestra los efectos negativos del castigo en el desarrollo de los niños/as e incluso una relación causal entre maltrato y trastornos de salud mental, consumo problemático de sustancias, intentos de suicidio y otros (Norman, Munkhtsetseg, Rumma de, Scott, & Vos, 2012).

Es por esto que la Observación General del Comité de los Derechos del Niño N°13, ha establecido que la violencia tiene repercusiones graves a corto y largo plazo tales como lesiones, problemas de salud física, dificultades de aprendizaje, consecuencias psicológicas y emocionales, problemas de salud mental, trastornos depresivos, alucinaciones, trastornos de la memoria, comportamientos perjudiciales para la salud, entre otros (Comité de los Derechos del Niño, 2011, pág. 7).

## **2.2 Directrices internacionales sobre la violencia hacia la infancia**

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece en el artículo N°19 que los Estados deberán adoptar medidas para proteger a la niñez contra “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Naciones Unidas, 1989).

La Observación General N°13 del Comité sobre los Derechos del Niño profundiza las características de cada una de las formas de violencia definidos en la CDN. En ello define al castigo, como una forma de violencia que usa la fuerza física con la pretensión de causar dolor o incomodidad (Comité de los Derechos del Niño, 2011, pág. 10).

Asimismo, esta observación define la tortura como “todo acto de violencia contra un niño para obligarlo a confesar, castigarlo extrajudicialmente por conductas ilícitas o indeseadas u obligarlo a realizar actividades contra su voluntad”, en lo que se incluye como posibles autores a personal de los hogares y residencias, siendo generalmente víctimas niños marginados y desfavorecidos (Comité de los Derechos del Niño, 2011, pág. 11).

La definición de la tortura del Comité, va en línea con lo establecido en la Convención contra la Tortura y Otros tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes en su artículo n°1, la cual entiende la tortura como “todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia” (Naciones Unidas, 1984).

## **2.3 Marco normativo nacional sobre maltrato y tortura**

La implementación nacional de las directrices internacionales ha sido compleja y resistida (Mejias, 2015, pág. 51). En Chile, de hecho, recién hasta el año 2007, el artículo n° 234 del Código Civil aún autorizaba a los padres y madres a maltratar a sus hijos/as.

El año 2017 se aprobó la Ley N°21.013 que tipifica el nuevo delito de maltrato y aumenta las penas por maltrato a menores de 18 años, adultos/as mayores o personas en situación de discapacidad, aumento que se efectuará cuando las víctimas sufran lesiones menos graves, castración o mutilación. Asimismo, fortalece las sanciones de inhabilitación para cargos de cuidado al respecto.

Para la legislación chilena, la ley n° 20.968 en su artículo 150 A, define a la tortura como “todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos, sexuales o psíquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información, declaración o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se le impute haber cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona, o en razón de una discriminación fundada en motivos tales como la ideología, la opinión política, la religión o creencias de la víctima; la nación, la raza, la etnia o el grupo social al que pertenezca; el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, la filiación, la apariencia personal, el estado de salud o la situación de discapacidad”.

## **2.4 Institucionalización de niños y niñas en Chile**

### **2.4.1 Sistema de cuidado residencial en Chile**

La Ley N° 20.032 define en su artículo N° 4 que los Centros Residenciales son “Aquellos destinados a la atención de los niños, niñas y adolescentes privados o separados de su medio familiar”. Esta ley, define dos tipos de Centros: los “Centros de Diagnóstico” y las “Residencias”. Los primeros proporcionan una atención de tipo transitoria y urgente a solicitud de un proceso de análisis o como respuesta frente a una medida cautelar mientras se adopta una medida de protección final. Las residencias, por su parte, tienen el objeto de proporcionar de forma estable alojamiento, alimentación, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo afectivo y psicológico y acceso a educación y salud a los niños y niñas separados de su medio familiar.

En la actualidad, según el catastro del Sename a junio de 2018 la red del servicio tiene 234 centros residenciales, en 15 modalidades de centros distintos<sup>6</sup>, de los cuales hoy 12 son administrados directamente por la institución, siendo todo el resto licitado a organismos colaboradores.

A esta fecha, según el catastro de la oferta programática del servicio, la cantidad de plazas cubiertas en residencias es de 7738 a lo largo del país y la cobertura promedio de cada centro es de 33 plazas.

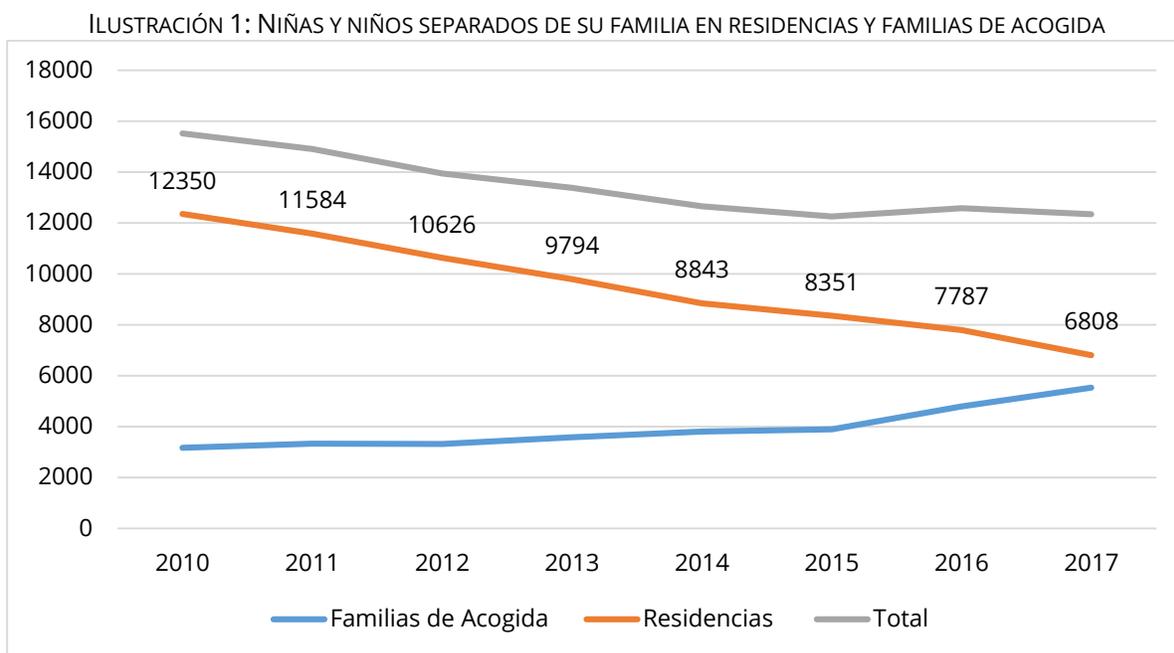
Cabe destacar también que, según el Informe del Poder Judicial del año 2016, 405 niños y niñas se encontraban institucionalizados en centros residenciales que no pertenecen a la red del Sename, conocidos como “coadyudantes” y que también se hacen cargo del cuidado de niños y niñas.

---

<sup>6</sup> Centros Residenciales de Administración Directa (CREAD), Residencias de Protección para Menores (REM), Residencias de Protección para Mayores (RPM), Residencias Especializadas (RSP), Residencias de Protección para Madres Adolescentes (RPA), Residencias de Protección para Preescolares (RPP), Residencias de Protección para Lactantes y Preescolares (RLP), Residencias de Protección para Lactantes (RLP), Centro de Diagnóstico para Preescolares (CPE), Centro de Diagnóstico para Lactantes (CPL), Residencia de protección para niños con discapacidad mental discreta o moderada (RDD), Residencia con discapacidad (RAD), Residencia de Protección de Niños con discapacidad grave o profunda (RDG).

## 2.4.2 Caracterización de los niños y niñas institucionalizados

Durante el 2017 se atendieron 10.823 niños, niñas y adolescentes en todo el sistema residencial del Sename. En el mismo año, alrededor de 6808 niños/as se encontraban vigentes a fines de diciembre en el sistema, cifra que ha tenido una reducción importante en los últimos años, mientras que los niños en familias de acogida ha aumentado, tal y como demuestra la ilustración N°1:



Tal y como se muestra en la tabla N°1, la mayor cantidad de niños se encuentra en Residencias de Protección para Mayores, siendo también no menor la cantidad de niños y niñas cuidados en residencias para niños con discapacidad mental grave o profunda (RDG)

TABLA 1: NIÑAS Y NIÑOS VIGENTES SEGÚN MODALIDAD RESIDENCIAL

Modalidad de centros	Total
CLA - Centro de Diagnóstico para Lactantes	62
CPE - Centro de Diagnóstico para Preescolares	29
CTD - Centro de Tránsito y Distribución con Residencia	605
CTL - Centro de Tránsito y Distribución para Lactantes y Preescolares	189
RAD - Residencias con Discapacidad con programa PER	220
RDD - Residencia de Protección para Niños/as con Discapacidad Mental Discreta o Moderada	122
RDG - Residencia de Protección para Niños/as con Discapacidad Mental Grave o Profunda	753
RDS - Residencia con Discapacidad Severa y Situación de Dependencia	18
REM - Residencia Protección para Mayores con Programa	1873
REN - Residencia Especializada	50

RLP - Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares (con Programa)	449
RMA - Residencia con Protección para Madres Adolescentes con Programa	123
RPA - Residencia de Protección para Madres Adolescentes	92
RPL - Residencia de Protección para Lactantes	69
RPM - Residencia de Protección para Mayores	1848
RPP - Residencia de Protección para Preescolares	195
RSP - Residencias Especializadas con Programa	111
<b>Total</b>	<b>6808</b>

FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO SENAME 2017

En 2016, el 55% de los ingresos de niños/as a centros residenciales fueron de niñas y el 31% de entre cero y ocho años de edad, siendo los 54,4% acogidos en residencias para mayores. Asimismo, el 80,7% estaban cuidados en centros a cargo de organismos colaboradores (SENAME, 2016).

Los niños y niñas institucionalizados presentan importantes problemas de salud mental. Según el Ministerio de Justicia, en 2015, un 26,5% de las enfermedades de los niños y niñas en centros residenciales es de tipo neurológica.

Por su parte, el Ministerio de Salud realizó visitas a los Centros Residenciales de Administración Directa (CREAD). De estas visitas se pudo identificar que el 42% de los niños/as tiene al menos un trastorno de salud mental, cifra que aumenta de manera sustantiva en aquellos centros que reciben a adolescentes como, por ejemplo, el CREAD Pudahuel que tiene jóvenes que van entre los 12 y 18 años (MINSAL, 2017).

Asimismo, la misión de observación de centros del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) identificó que el 68,6% de los adolescentes mayores de 14 años tiene sintomatología depresiva.

El estudio del Centro de Apego y Regulación Emocional (CARE) de la Universidad del Desarrollo realizado en niños de hasta 4 años de edad de centros residenciales de administración directa (Cread), identificó que el 33% de los niños/as evaluados presentan dificultades emocionales, sociales y/o conductuales<sup>7</sup> (Centro de Apego y Regulación Emocional, 2011, pág. 28).

Cabe destacar que la evidencia ha demostrado que por cada tres meses que un niño/a de corta edad está institucionalizado, puede perder tres meses de desarrollo (Williamson & Greenberg, 2010). La sola institucionalización temprana es una situación traumática que puede impactar en el "el sentido de seguridad emocional hacia los otros y el mundo

<sup>7</sup> Esto se realiza a partir de consultas a las cuidadoras, a partir de las medidas establecidas en el Gold Estándar C-TRFEI, instrumento que evalúa una serie de procesos relacionados a la salud mental de los niños, donde cada reporte requiere de un tiempo de administración aproximado de 10 a 15 minutos.

(Hughes, 2006 citado en Centro de Apego y Regulación Emocional, 201, pág. 4) y que se ve acrecentada por las condicionantes mismas de los centros.

### **2.4.3 Violencia institucional en los centros residenciales**

Según el último informe de observación del INDH a los centros residenciales del país, el 63.7% de los niños y niñas institucionalizados reportaron que han sido víctimas de algún tipo de maltrato. El 45.6% habría recibido maltrato de tipo psicológico y un 18.1% de tipo físico. Por otra parte, un 6.8% habría sido víctima de abuso sexual en algún centro del Sename. Asimismo, un 84.3% de los niños reportaron haber recibido algún tipo de castigo por parte del personal durante el año (INDH, 2018).

En los últimos años, la opinión pública ha conocido de una serie de lamentables vulneraciones de derechos humanos y violencia al interior de estos recintos. Emblemático fue lo sucedido en 2016, cuando se dio a conocer la muerte de la niña con iniciales L.V (Lisette Villa) en el Centro Residencial de Administración Directa (Cread) “Galvarino” de la red del Sename. Los relatos dados a conocer por el fiscal a cargo de la investigación<sup>8</sup> dan cuenta de que Lisette Villa fue castigada por una supuesta desobediencia en donde “la redujeron, la pusieron boca abajo en el suelo, le sujetaron las piernas y una de las imputadas, pesando 90 kilos, se sentó encima, sujetándole los brazos por varios minutos”. La causa final del fallecimiento fue “asfixia por sofocación producto de compresión mecánica externa”.

En mayo de 2017 el Sename se tuvo que hacer cargo de la administración provisional del Centro “Alihuén” ubicado en la comuna de Buín, luego de denuncias de tortura realizadas por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). Esta fue la reacción a los maltratos realizados por funcionarios/as de la residencia a tres jóvenes.<sup>9</sup> El organismo colaborador a cargo de la administración del centro, COANIL explicó en su momento que “siguieron los protocolos de contenciones”.

Por último, en 2018, el INDH presentó una querrela por el delito de torturas, de las que habría sido víctima un adolescente del Cread de Arica, el cual se habría realizado dentro del contexto de un “proceso de contención” ejecutado por cuatro educadores del recinto.

<sup>10</sup>

En todas las situaciones relatadas anteriormente, se han aplicado acciones de contención física justificadas por la necesidad de control al interior. La realidad es que los centros adoptan una serie de acciones punitivas y no punitivas para modelar la conducta y buscar

---

<sup>8</sup> Obtenido de: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/infancia/proteccion/como-murio-lisette-villa-el-relato-de-la-fiscalia/2017-03-01/133802.html>

<sup>9</sup>Ver: <http://www2.latercera.com/noticia/pdi-incauta-documentos-del-centro-coanil-indagado-maltratos/>

<sup>10</sup> Ver: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-arica-y-parinacota/2018/05/07/indh-presenta-querrela-por-torturas-que-habria-sufrido-adolescente-en-cread-de-arica.shtml>

un efecto correccional tendiente a reducir el comportamiento no deseado (Valdebenito, 2017 citado en INDH, 2018).

En junio de 2018 el Comité de los Derechos del Niño notificó al Estado chileno el informe de investigación de la visita realizada por el Comité a inicios de este año, en virtud de una denuncia recibida en relación a la situación de la institucionalización en el país. El informe plantea que el Estado es responsable de una “violación grave o sistemática” de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en centros de protección en Chile. El documento sistematiza lo expuesto en diversos informes nacionales al respecto, mostrando diversas violaciones de derechos humanos que se han producido en distintas áreas.

El informe en su punto n°75 recalca lo expuesto en el informe del INDH que relata cómo los castigos “intentan justificarse como “contención” de NNA que se encuentran alterados o descompensados emocionalmente: “los tiraban al piso, les doblaban el brazo” o “una tía mete la cabeza de un niño de 6 años en un horno caliente hasta que se sofoque” (Comité de los Derechos del Niño, 2018).

Las contenciones muestran la paradoja del “doble vínculo”, teoría acerca de las causas de la esquizofrenia desde una lógica de la comunicación desde la teoría de conjuntos. En ésta se genera una relación en las que las personas dependen afectivamente de la otra con un mensaje que obliga o prohíbe bajo un marco de coerción. Este se contradice con otro mensaje totalmente contradictorio bajo amenaza. El sujeto se encuentra bajo la imposibilidad de salir de esta contradicción, no existiendo una tercera vía de salida para éste. (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956)

En el caso de las contenciones el Estado actúa como un espacio estructural del cual los niños y niñas no pueden salir el cual tiene dos mensajes: una promesa de protección y otro el mensaje de la misma violencia del acto de contención física.

#### ***2.4.4 Condiciones de los centros residenciales para el cuidado***

Diversos estudios han constatado variados problemas de los centros residenciales de protección y que dan cuenta de una serie de factores diversos que afectan las condiciones de cuidado.

El informe del Programa de fiscalización a los centros del Ministerio de Justicia en 2015, identificó que **el 46,37% de los centros a nivel nacional tiene algún tipo de criticidad**, ya sea en la intervención individual o en la familiar (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015, pág. 20). Además, se señala en este informe que un 7,3% de los niños/as no tiene un plan de intervención individual y un 7,7% no tiene un objetivo claro (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015).

Otra arista importante es el personal a cargo de las residencias. Cabe destacar al respecto que según lo analizado en el Informe Técnico N°1 del Observatorio para la Confianza, el 67% de los educadores/as de trato directo<sup>11</sup> de los Cread tienen un nivel educativo de educación media o inferior, sin ninguna especialización certificada adicional.

Asimismo, la Auditoría Social realizada por Sename a comienzos del año 2018 identificó los principales problemas que enfrentan los centros de administración directa. Entre sus conclusiones se señala la existencia de debilidades importantes en la gestión técnica y administrativa la cual afecta principalmente a los procesos de intervención. Por otra parte, se pudo encontrar que la información de salud de los niños es incompleta (SENAME, 2018).

Todo esto ha sido corroborado en el informe del Comité de los Derechos del Niño del año 2018 planteó que la infraestructura y el equipamiento de muchas residencias se encuentran en estado crítico, con deficiencias en la seguridad, sobrepoblación, etc. (Comité de los Derechos del Niño, 2018).

## **2.5 Privación de libertad en adolescentes y jóvenes**

La Ley N°20.084 que fija el sistema de responsabilidad penal adolescente, establece dos sanciones y una medida que conllevan la privación de libertad: sanción de régimen cerrado, sanción de régimen semicerrado y la medida cautelar de internación provisoria. Actualmente existen 50 centros privativos de libertad del sistema desplegados en el país.

SENAME administra directamente 18 centros que coordinan las sanciones de régimen cerrado como las de internación provisoria (CIP – CRC). Ellos se distribuyen uno por región, a excepción de la Región Metropolitana que tiene cuatro Centros, uno de ellos especializado en medidas cautelares (CIP San Joaquín) y uno en régimen cerrado (Centro Metropolitano Norte). Éstos tienen vigilancia perimetral a cargo de Gendarmería de Chile.

Cabe mencionar que Gendarmería cuenta con 27 unidades penales con Secciones Juveniles, a cargo de jóvenes en su mayoría mayores de edad, de las cuales, 17, hoy se encuentran operativas con población.

Por otro lado, existen 16 Centros Semicerrados (CSC) a lo largo del país, también administrados directamente por Sename. A diferencia de los CIP – CRC, la privación de libertad es parcial, restringida a la residencia del adolescente, lo que conlleva generalmente la pernoctación nocturna. Estos centros no tienen vigilancia perimetral de Gendarmería.

---

<sup>11</sup> Los educadores de trato directo son funcionarios que realizan una intervención socioeducativa en la rutina diaria, siguiendo los lineamientos de los planes de intervención elaborados para cada niño o niña que ingresa a una residencia

En el año 2016, se registraron 1562 adolescentes y jóvenes vigentes en el mes de diciembre en los centros de la red Sename, estando la mayoría en Centros Semicerrados, tal y como se muestra en la tabla n°2.

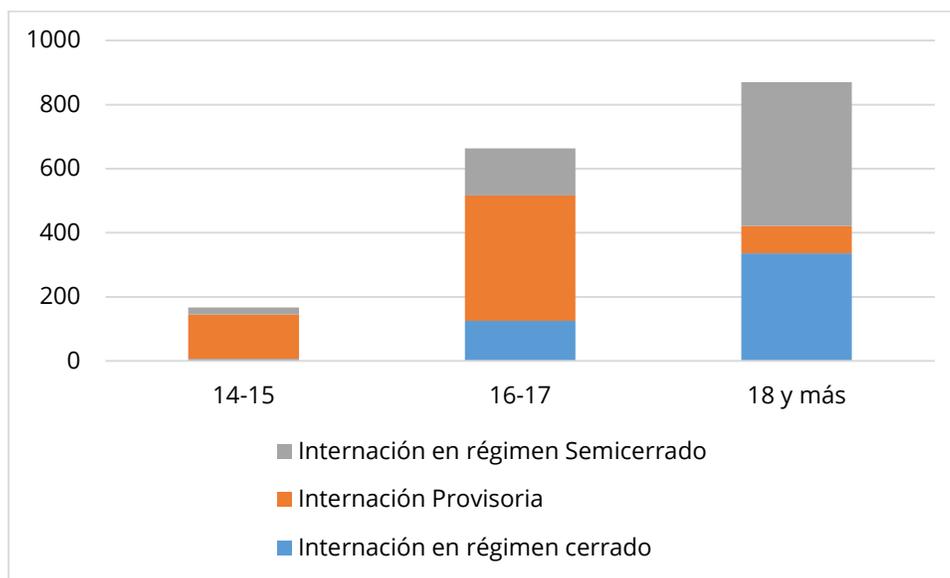
TABLA 2: JÓVENES PRIVADOS DE LIBERTAD EN CENTROS SENAME SEGÚN MEDIDA O SANCIÓN

Sanción o medida	Vigentes
Régimen Cerrado	405
Régimen Semicerrado	612
Internación Provisoria	545
Total	1562

FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO SENAME 2016

Cabe destacar que el 89% de los ingresos a centros privados de libertad de Sename son hombres, lo que demuestra un importante factor de género en la explicación criminológica detrás de la delincuencia juvenil. Asimismo, también cabe mencionar que el 51% de los jóvenes privados de libertad son mayores de 18 años, lo que es excepción en internación provisoria.

ILUSTRACIÓN 2: DISTRIBUCIÓN DE VIGENTES POR RANGO DE EDAD EN CENTROS PRIVATIVOS



FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO SENAME 2016

Cabe destacar que los adolescentes y jóvenes del sistema tienen altos problemas de salud mental, principalmente por consumo problemático de sustancias. Un 86,3% de los jóvenes entre 14 y 18 años de los jóvenes del sistema tienen algún problema de salud mental. Esta cifra sería de un 87.7% para jóvenes de menos de 18 años de Centros Cerrados y un 93.1% para mayores de 18 que se encuentran aun ejecutando la sanción (Gaete, Labbé, Del Villar, Allende, & Valenzuela, 2014).

## 3. RESULTADOS

### 3.1 La contención física como un método de control y castigo

El protocolo define la intervención en crisis como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona, familia o grupo para soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente (Slaikau, Karl, 2000). Este proceso abarcaría, según el documento, la intervención en primer orden o primera ayuda psicológica, que es la que ocurre durante un momento crítico y en segundo orden que busca ressignificar el evento traumático.

Las entrevistas, sin embargo, dan cuenta de una **naturalización de los métodos de contención física como una forma de control de los funcionarios y funcionarias al interior de los centros.**

A modo introductorio, cabe destacar al respecto, que según el informe de observación del INDH a los centros residenciales del país, un 12.3% de los castigos reportados por niños y niñas fueron a través de contención física. Este porcentaje aumenta a un 23.72% cuando se toma en cuenta la percepción de los niños/as como testigos.

Un análisis en profundidad de estas cifras, a partir de la base de datos del estudio, da cuenta que, de diversas variables contrastadas con el reporte de los niños y niñas al respecto, están estadísticamente significativas correlacionadas y directamente proporcionales: sexo (Hombre), experiencia anterior (Sí), trato de los tíos/as (Malo), víctimas de maltrato (Sí) y toma de medicamentos (Sí). Los datos – proyectados en la tabla n°2- muestran, aun así, que las intensidades de las relaciones son bajas (V de Cramer entre 0 y 0.2), a excepción del maltrato, que tiene una intensidad media (V de Cramer: mayor que 0.3).

TABLA 3: TABLA DE CONTINGENCIA ESTADÍSTICA SOBRE USO DE CONTENCIÓN FÍSICA

Variables de contraste		¿El niño/a reporta contención física?		
Variable	Categorías	Sí	No	Bivariados
Sexo	Hombre	29	101	Chi Cuad: ,000
	Mujer	20	222	V Cramer: ,198
Edad	Menor de 14	27	198	Chi Cuad: ,355
	Mayor de 14	23	126	V Cramer: ,049
Permanencia	Menos de 5	41	238	Chi Cuad: ,843
	Más de 5	8	54	V Cramer: ,020
Experiencia anterior	Sí	33	147	Chi Cuad: ,009
	No	17	175	V Cramer: ,139
Atraso escolar	Sí	9	61	Chi Cuad: ,835
	No	30	229	V Cramer: ,016
Visita de familia en año	Sí	39	249	Chi Cuad: ,899
	No	10	67	V Cramer: ,007
Trato de los tíos/as	Bueno	40	313	Chi Cuad: ,000
	Malo	8	8	V Cramer: ,234
Víctima de maltrato, abuso, amenaza	Sí	42	133	Chi Cuad: ,000
	No	7	190	V Cramer: ,302
Atención salud mental	Sí	4	20	Chi Cuad: ,956
	No	5	24	V Cramer: ,198
Toma de medicamentos	Sí	36	108	Chi Cuad: ,000
	No	12	180	V Cramer: ,265

Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos INDH, 2018

Esta situación se expresa fuertemente en las respuestas del panel de expertos al analizar la historia de cómo el Cread Galvarino actuó en relación a Lissette Villa:

*"El funcionamiento institucional que se describe hace prácticamente imposible que un niño pueda establecer lazos afectivos con el personal de trato directo. Hay una incapacidad para reconocer el sufrimiento del otro y en consecuencia acogerlo. La institución carece de la capacidad para contener y en lugar de eso devuelve la agresión. En ese escenario los adultos se vuelven en figuras amenazantes para los niños" (Cuestionario expertos/as).*

Por su parte, las entrevistas realizadas por la presente investigación a funcionarios del Cread Galvarino - mismo centro donde tuvo acaecimiento el fallecimiento de Lissette Villa - dan cuenta de **una serie de acontecimientos gravísimos con respecto al cómo proceden hoy los equipos al interior de los centros residenciales**. Inclusive, se aplican reacciones en contra una indicación médica, tal y como se ilustra en la siguiente afirmación:

*"Yo tengo una niña que tengo advertido por todos lados, caso mío, me siento con atribución de prohibir cosas. Una chica que ha estado dos veces*

*hospitalizada, muy parecida a la Lissette, con un esquema farmacológico atroz, está empezando a engordar igual que la Lissette. Todo el mundo dice que va para donde fue la Lissette. Y tengo prohibido que la contengan físicamente. Sale de corta estadía en abril y a mediados de junio ya la estaban conteniendo. Días después, primer intento de suicidio" (Funcionario Cread Galvarino).<sup>12</sup>*

La misma persona afirma:

*"Cuando yo llegué a Galvarino, había una niña (nombre de la niña anónimo) que tenía una deficiencia intelectual de moderada a severa. La niña no entendía razones, no entendía nada, y era muy impulsiva. Y en el momento cuando manifestaba todas sus rabias, todas sus penas, todo su dolor, su frustración; la manera para ella era golpeando puertas, compañeros, venían estas contenciones, y era un ejercicio de dos a tres veces al día. Imagínate el daño a nivel neurológico que generaba ese tipo de prácticas, tú sabes que una situación así, genera hasta una mayor secreción de cortisol y eso va dañando tu organismo. Esa niña está profundamente dañada, o sea ya entró dañada al sistema y ahora va salir irreparable por así decir. Te estoy hablando de un caso que me parece un caso muy grave y estoy absolutamente segura que el caso de Lissette fue similar" (Funcionario Cread Galvarino).*

Existe en el Cread Galvarino una **naturalización de la contención física como mecanismo normalizado de abordaje de crisis:**

*"La contención en Galvarino se hace siempre. Lo primero que se hace es tirar al niño al suelo. Para mí la contención, cinco funcionarios deben sostener al niño, que cada brazo, uno cada pie y otro en la cara, para mi agresión. Se ha establecido como lo natural. Está tan naturalizado, es lo primero que se hace, no hay una distinción entre niños, ni la edad. Tampoco son tan grandes, tienen desde 12 años. La primera es tirar el niño a piso para permitir control. Lo único que intervienen son los educadores, no interviene jefatura, enfermería, no interviene nadie. Tiene que ver cómo ha sido sancionado el Cread, la gran parte está sumariado por agresión" (Funcionario 2 Cread Galvarino).*

Según la funcionaria del Cread Galvarino, esta situación estaría respaldada por los protocolos institucionales del Servicio que abalarían su aplicación de forma recurrente, tal y como se ilustra en la siguiente afirmación:

*"O sea este protocolo lo valida. Todo lo que hace la gente, tú lees el protocolo, la gente técnicamente responde coherentemente a este protocolo. No obstante,*

---

<sup>12</sup> Cabe destacar que la Fundación para la Confianza, al conocer este testimonio tomó las acciones correspondientes con Defensoría de la Niñez y Servicio Nacional de Menores para la adopción de medidas de protección con respecto a este caso.

*el protocolo no se funda en los derechos del niño" (Funcionario Cread Galvarino).*

**La contención física pareciese ser más una forma de control interna de los centros y de los niños/as**, por sobre lo pertinente, siendo este tipo de herramientas una forma de respuesta general a situaciones de crisis, más allá de su asertividad según cada caso.

*"La contención física ha de ser siempre un último recurso, pero en esta institución se utiliza como una herramienta de control y de amedrentamiento de las niñas y niños bajo el cuidado y protección del Estado" (Cuestionario expertos/as).*

*"Detrás hay un objetivo de control. Todo es tener el control de los niños, finalmente tus trabajos no sirven. Esa es la lógica. El educador tiene que tener el control en todo lo que hace. Y en los casos más complejos la herramienta que ellos validan es esta" (Funcionario Cread Galvarino).*

En este marco, **el uso masivo de la contención física de forma naturalizada e indiscriminada sería para algunos entrevistados, una posibilidad de tortura.**

*"Los protocolos de "contención" que se aplican en Sename y que están aprobados para el uso en caso de descompensación en las residencias son, a mi parecer, tortura, y se usan de manera indiscriminada" (Cuestionario expertos/as).*

### **3.2 Sobre el origen y estructuración del protocolo**

En el ámbito sanitario, un protocolo es un documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles.

La evidencia ha demostrado que personas con el mismo problema de salud con frecuencia reciben diferentes evaluaciones y tratamientos. Estas diferencias en el proceso de atención conducen a diferencias en los resultados clínicos y lógicamente variaciones en los costos (Observatorio de buenas prácticas en salud) Esta situación es claramente también un riesgo en contextos como el residencial, con niños y niñas con alta experiencia traumática. Para ello es recomendable generar marcos de actuación altamente consensuados en base a la mejor evidencia disponible, siendo un elemento importante lograr un nivel de consenso adecuado de prácticas, con las cuales se pueda estandarizar las respuestas y mejorarlas continuamente.

Sin embargo, la elaboración de este protocolo no contó con procesos de validación ni participación consistentes entre los diferentes niveles de la institución:

*"A mí me pasó que empecé en reuniones técnicas a invalidar este documento, a advertir que definitivamente estaba solamente firmado por Sename, sin pasar por salud, por INDH, Unicef, por nadie. Obviamente hay un tema de confianzas políticas, donde la directora del Sename toma decisiones de manera autónoma" (Funcionario Cread Galvarino).*

Este es un punto importante en el análisis. Sin duda la regulación de pautas y procedimientos en este tipo de intervenciones **requiere de procesos consensuados y participativos entre los niveles y profesionales** intervinientes, a fin de poder aunar una visión y estandarizar lo allí planteado.

La regulación de este tipo de aspectos de forma altamente centralizada, cerrada y de manera "top down" solo contribuye a su entendimiento dispar, obstruccionista o contrario por parte de los implementadores/as, y por la regulación de aspectos que requieren al contrario un mayor nivel de dinamismo y adaptabilidad.

Asimismo, los protocolos deben detallar una pauta consensuada y sustentada metodológicamente en base a evidencia. Estos deben ser precisos, realistas y fáciles de entender, de recordar y sobre todo útiles para quienes los utilizarán. Se recomienda, para lograr estos fines, que un Protocolo contenga una introducción breve, un objetivo claro, un alcance determinado, definiciones, actividades claras, formas de evaluación y procedimientos debidamente detallados.

La tabla n°4 analiza la disposición de cada uno de estos elementos en el documento:

TABLA 4: ANÁLISIS DE ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Ámbito de análisis	Análisis
<p><b>Introducción:</b> definición y magnitud del problema o situación a protocolizar.</p>	<p>El documento especifica las características de las situaciones de conflicto y crisis, diferenciándolas debidamente. Asimismo en cada tipo de situación abordada define las características técnicas de esta.</p>
<p><b>Objetivo:</b> explicación de lo que el Protocolo pretende lograr.</p>	<p>Se presenta un objetivo general definido como el "entregar orientaciones a los equipos residenciales para actuar frente a conflictos y crisis posibles de emerger en la convivencia cotidiana, garantizando la protección de niños/as y adolescentes y del personal a cargo". Sin embargo, las acciones detalladas para cada una de las causales, no establece objetivos.</p>
<p><b>Alcance:</b> definición de ámbito de aplicación y población.</p>	<p>El protocolo no especifica debidamente el alcance de cada una de las medidas. Las contenciones físicas, por ejemplo, pueden tener indicaciones y contra indicaciones, condiciones de aplicación, así como perfiles a especificar (tipos de residencias). Esto no está debidamente especificado en el documento.</p>

<b>Definiciones:</b> terminología que necesite ser explicada.	El protocolo no especifica un glosario en la sección de actuación en situación de crisis y conflictos. Aunque sí aclara conceptos técnicos con las citas correspondientes en el desarrollo del texto.
<b>Actividades:</b> desarrollo secuencial de todas las actividades y procedimientos pertinentes al Protocolo, además de las responsabilidades y profesionales intervinientes.	Específicamente en el ámbito de contención física se señala lo siguiente:  <i>“Cabe señalar que la contención física que es posible realizar con un niño/a o adolescente, sólo puede incorporar sujeción de extremidades (brazos y piernas), así como la cabeza, con el fin de evitar agresiones físicas hacia sí mismo o hacia los demás, por lo que debe ser realizada por dos o más funcionarios. Si es necesario efectuar maniobras que impliquen procedimientos más complejos, éstos deben ser realizados únicamente por funcionarios de salud”. (Sename, 2016, pág. 29)</i>  <i>“Si es necesaria la contención, sujeción, se saca al niño/a o adolescente del espacio en que ocurrieron los hechos a un lugar tranquilo, donde la intervención sea personalizada. En caso de no ser ello posible, deben ser retirados del lugar los otros niños/as”. (pág.33)</i>  Esta definición no desarrolla secuencialmente el procedimiento, no establece claramente los requerimientos, indicaciones o contraindicaciones, los recursos materiales necesarios y fases, no se utiliza tampoco diagramas de decisión útiles para el abordaje profesional en situaciones diferentes.
<b>Evaluación:</b> descripción de método de monitoreo del protocolo.	El protocolo no especifica indicadores ni procedimientos de evaluación de sus procedimientos. Sí tiene un protocolo de registro de la información.
<b>Referencias:</b> información utilizada como evidencia en protocolo.	El protocolo realiza las citas en el desarrollo del texto correspondiente. Sin embargo, no especifica las referencias bibliográficas correspondientes.
<b>Autores:</b> profesionales que trabajaron en la elaboración del documento.	El autor del documento referido es el Departamento de Protección de Derechos del Sename. No especifica los autores/as individualizados/as.

Fuente: elaboración propia en base a estándares de Observatorio de Buenas Prácticas en Salud

### 3.3 Condiciones de calidad

En salud, la estandarización de los elementos exige una serie de cumplimientos en ámbitos de calidad para la aplicación de un protocolo. Si se aplicasen requisitos igualmente exigentes, los protocolos de intervención en crisis en centros residenciales del Sename son

inaplicables, ya que las residencias no cuentan con la infraestructura adecuada, ni tampoco con el personal capacitado para llevar a cabo un protocolo de esta índole, lo que solo aumenta el riesgo <sup>13</sup>.

Como es posible de analizar en el punto 3.2, el protocolo no especifica bien cuáles son los perfiles necesarios para dar cumplimiento a acciones como la contención física, por lo menos en la que no requiere de personal de salud.

La especialización del personal a cargo del cuidado de las residencias es un factor clave a la hora de actuar correctamente en situaciones críticas. La norma técnica en psiquiatría, así como las recomendaciones internacionales (analizadas en la sección 4 del presente documento) dan un especial énfasis a la necesidad de especialización del personal en materias de contención de cualquier tipo.

¿Este estándar se cumple en el personal de Sename? Las respuestas de los expertos remarcaron fuertemente que el personal de cuidadores en los centros residenciales hoy no alcanza el estándar necesario.

*“Cabe mencionar que, en la actualidad, el manejo maltratador de las cuidadoras podría asemejarse a lo que se llama Holding Therapy, la que ha sido mundialmente sancionada por ser un riesgo de suicidio de los niños”.  
(Cuestionario panel de expertos/as)*

### **3.4 Modelo de cuidado e intervención en situaciones de crisis**

Sename define dos tipos de intervención en crisis: de primer y segundo orden. La intervención de primer orden es la primera ayuda psicológica o de emergencia durante un evento crítico, con tal de contener al sujeto. Por otra parte, la intervención en segundo orden, guarda relación a la terapia en crisis, en búsqueda de resignificación, lo que puede durar semanas o meses.

Una de las críticas expuestas por los expertos/as, es que lo planteado en **el modelo del protocolo no da cuenta de la situación traumática real de los niños/as institucionalizados**, sino a *"crisis de personas que: 1) no tienen una historia de trauma complejo; 2) el propio contexto vital de los niños es otra situación traumatizando crónica y continua"* (Cuestionario experto/a).

En este sentido, muchos de los puntos planteados no serían pertinentes a niños y niñas con trauma altamente complejo, en donde no viven *"episodios traumáticos, sino que su*

---

<sup>13</sup> Observatorio de Buenas Prácticas en Salud. Monografía de Apoyo a la Acreditación Elaboración y Gestión de documentos para el Proceso de Acreditación en Salud: Recomendaciones para Prestadores Institucionales

*propia experiencia cotidiana es un trauma constante". Y continúa: "Por lo tanto, y metáforizando, es como hacer un protocolo de actuación de casos de personas con infarto cardiaco para sujetos con diabetes" (Cuestionario experto/a).*

Además, el protocolo no establecería correctamente que la contención física es un paso de última ratio, la cual debe ser antecedida por diversas otras alternativas de contención, tal y como se describe en el Reglamento sanitario del Ministerio de Salud al respecto:

*"Este protocolo es inapropiado, aunque los NNA en cuidado alternativo residencial fueran cuidados solo por profesionales, es una indicación inadecuada, toda vez que no establece que antes de la contención física se requiere una serie de otros elementos y herramientas para el trabajo cotidiano y la contención en crisis para casos excepcionales". (Cuestionario experto/a).*

*No se visualizan indicadores, que permitan evaluar el tránsito de un estado al otro en grados o formas de contención, así antes de la contención física, debiesen agotarse varios procedimientos previos. (Cuestionario experto/a).*

Otra de las críticas al modelo de intervención en crisis es su poca pertinencia a los derechos de la niñez, dado que no se releva a estos como sujetos de derechos, ni los derechos involucrados en las denominadas situaciones de crisis, así como tampoco interpela el rol al respecto de los adultos/as:

*"El protocolo de actuación... elaborado por Sename, frente a situaciones de crisis, tiene como todo documento oficial, una narrativa que pretende dar la idea de buen trato hacia los niños, las niñas y adolescentes. En ningún momento se habla del niño y niña como sujetos de derechos, ni de los adultos como garantes" (Cuestionario de expertos/as).*

### **3.5 Sobre la administración de los medicamentos**

Otra arista importante es lo referido, en el protocolo, sobre la administración de los medicamentos. El protocolo especifica los siguientes requerimientos para el personal a cargo de la administración de medicamentos:

- Director define un Responsable del Área de Salud, encargado/a de las acciones del presente protocolo.
- Dicho/a funcionario/a puede ser un técnico o profesional del área de la salud (técnico paramédico, técnico en enfermería de nivel superior-TENS, otro) o un cuidador/a con formación en el área.
- Técnico paramédico, técnico en enfermería de nivel superior-TENS, otro/o un cuidador/a con formación en el área.

Cabe destacar que **este punto debiera ser más específico en relación al perfil del profesional del área de la salud**, al cual se le debiese asignar la labor realizar los cuidados

para la protección de la salud de los niños y niñas. Además, se debieran describir las competencias del profesional del área de la salud para ejecutar cuidados de salud.

Otra de las situaciones relevadas en el tema, es la baja especialización y coordinación del personal médico para la administración de fármacos de forma responsable:

*“Yo decía lo del trabajo poscontención y en el caso de la farmacología pasa lo mismo, si tú tienes un niño -y esto se ha investigado mucho con el grupo Sename-, el niño con 6 años va a recibir unos 6/7 diagnósticos de trastorno de ansiedad, depresión, oposicionismo y a cada diagnóstico le dan un medicamento diferente y tienes a un niño con toda la gama de la psicofarmacología metida en el cuerpo. Y eso también lo puse ahí, o sea, aquí no solo vale que haya un médico o un psiquiatra tienen que ser psiquiatras que tengan especialidad en psicofarmacología y trauma que es una tremenda discusión en otras partes”.*  
(Panel de expertos/as)

Por otro lado, el protocolo especifica que los siguientes elementos debiesen ser considerados en el Botiquín:

- Alcohol en gel (para desinfección rápida de manos).
- Termómetro.
- Guantes desechables de látex (para no contaminar heridas y resguardar a quien atiende a la víctima).
- Tiritas o parches curitas de diferentes tamaños.
- Gasas y vendas (limpieza de heridas y detención de hemorragias).
- Antisépticos (povidona yodada, agua oxigenada).
- Tijeras (para cortar gasas, vendas y eventualmente la ropa de la víctima).
- Cinta adhesiva (para fijar gasas o vendajes).
- Solución salina normal (fisiológica, para la higiene de grandes heridas y para el lavado y descontaminación de lesiones oculares).
- Pinza larga sin dientes (para sujeción de gasas).
- Alcohol al 79% (limpieza de instrumental de primeros auxilios).

Sin embargo, los insumos nombrados, son adecuados para el manejo de situaciones fuera de la categoría de crisis, ya que son insumos básicos, que solo pueden ser ocupados en situaciones como heridas superficiales, lesiones de la piel por laceraciones (caídas). Por otra parte, hay elementos en este listado, cuyo uso es obsoleto (povidona y agua oxigenada). Y no se describe nada para el manejo de hemorragias, así como tampoco se especifica normas sobre espacios para procedimientos básicos de enfermería.

### **3.6 La contención física en entredicho**

El documento señala la posibilidad de la aplicación de la contención física en los siguientes términos:

*"Cabe señalar que la contención física que es posible realizar con un niño/a o adolescente, solo puede incorporar sujeción de extremidades (brazos y piernas), así como la cabeza, con el fin de evitar agresiones físicas hacia sí mismo o hacia los demás, por lo que debe ser realizada por dos o más funcionarios. Si es necesario efectuar maniobras que impliquen procedimientos más complejos, éstos deben ser realizados únicamente por funcionarios de salud". (Sename, 2016, pág. 29)*

*"Si es necesaria la contención, sujeción, se saca al niño/a o adolescente del espacio en que ocurrieron los hechos a un lugar tranquilo, donde la intervención sea personalizada. En caso de no ser ello posible, deben ser retirados del lugar los otros niños/as". (Sename, 2016, pág.33)*

Como se analizó en el punto 3.2, la descripción del proceso de contención física no define claramente el procedimiento. Es posible inferir de esta descripción que la contención física aceptada es la sujeción física, no mencionando, pero tampoco prohibiendo, el uso de contención mecánica. No deja clara la definición cuales son las condiciones y causales para los procedimientos más complejos. Tampoco esta descripción establece aspectos claves como ámbito de aplicación y requisitos fundamentales tales como personal disponible, autorización médica, etc.

En este sentido, lo planteado no establece claramente cuáles son los indicadores para tomar acción de acuerdo a las diferentes situaciones, lo que solamente complejiza la implementación de acciones con carácter preventivo:

*"No se visualizan indicadores, que permitan evaluar el tránsito de un estado al otro en grados o formas de contención, así antes de la contención física, debiesen agotarse varios procedimientos previos" (Cuestionario de expertos/as).*

La falta de especificación al respecto, genera un amplio rango de posibilidades de aplicación, que, combinado con la falta de especialización por parte de quienes ejecutan la contención, aumentan el riesgo de acciones que vulneren los derechos de los niños/as y/o no permitan un abordaje adecuado al respecto:

*"Ese mismo protocolo tiene tremendos sesgos cuando dice que la contención física en casos de auto o hetero-agresión, y la hetero-agresión es un criterio completamente ambiguo. Porque la hetero agresión a través de un empujón no es lo mismo que un cuchillo en la mano, cosa que sucede dentro de Galvarino. Otro día un niño con un cuchillo a la mano le cortó un poquito el dedo a una niña, pero ella integra la experiencia como algo marcador" (Funcionario Cread Galvarino).*

Ahora bien, independientemente de este aspecto más formal, en las entrevistas se generaron **amplias observaciones a las formas de aplicación y a la real necesidad de**

## **la aplicación de la contención física en los centros residenciales de la red de protección.**

Esta posición a la vez tiene tres aristas de análisis. La primera es la pertinencia y forma real de la aplicabilidad de la contención física a niños y niñas. La segunda, es la real necesidad de su aplicabilidad, y la tercera, es que éstas sean ejecutadas por personal especializado del sector salud, lo que complejiza su implementación en este servicio, y a la vez interpela al rol del Ministerio de Salud al respecto.

*"La gente no comprende que ese ejercicio de la contención física reproduce el maltrato en la lógica de un niño, en el lenguaje y en la experiencia misma de un niño, lo revictimiza. Se espera que el niño comprenda que esto es por su bien, y eso es una paradoja tremenda". (Cuestionario expertos/as)*

*"También está el tema de que el cerebro de un niño con trauma funciona de una manera muy diferente a otros niños, por eso hay mucha gente que plantea que incluso no debería haber contención ni siquiera física porque eso supone que el niño vuelve a engatillar de nuevo la situación traumática". (Panel de expertos/as)*

Las citas anteriores relevan un tema importante de la primera arista mencionada: el cómo la contención física en niños/as los afecta de manera particular y diferente a los adultos/as. Y, además, como la contención física reglamentada para la población general podría no adaptarse a las características de los niños y niñas:

*"...incluso si tú te pones a pensar por qué todas las cosas son revisables, los mismos protocolos de salud por qué se requieren cinco personas, pero en una niña, un niño que quiera atentar contra su vida no sé si será necesaria las cinco personas, primero tienes que sacar el elemento de riesgo, no tienes por qué tocar a la persona o sujetarle la cabeza. Es una seguidilla de situaciones que finalmente son prevenibles en momentos que se ocurren la situación". (Cuestionario experto/a)*

Esto coloca en cuestión, **cuáles son los perfiles y situaciones personales de los niños y niñas que eventualmente puedan requerir de una contención física** y por ende qué tipos de residencias deben estar facultadas para su aplicación, así como las dependencias institucionales al respecto:

*"Estamos hablando que la contención física se da en contextos de salud mental en donde hay niños con agitación psicomotora grave, que pierden el juicio de realidad. Eso no es la realidad de los niños, Sename no es un manicomio, Sename no es una corta estadía, Sename es un hogar de niños. Todo ha respondido a una manifestación ambiental o conductual de la rabia, de la pena, de la frustración. Yo nunca he visto que un niño que necesite de contención física o de riesgo vital". (Funcionario Cread Galvarino)*

Por otra parte, la **aplicación de la contención física de una persona con agitación psicomotora es mencionada recurrentemente, tanto por los entrevistados/as y expertos/as, como una tarea exclusiva de personal médico:**

*"La contención física de un paciente agitado es una medida tomada por el personal de salud hospitalaria ante crisis de pacientes por el riesgo suicida o de agredir a otros usuarios y funcionarios. Se encuentra reglamentada en salud y exige la indicación médica y la actuación de cinco profesionales en la maniobra para que esta sea segura para el usuario. Debido a los riesgos de la maniobra se requiere contar con equipo y personal capacitado en reanimación cardiopulmonar para realizarla y dado que se administran fármacos intramusculares se requiere de la presencia de un médico. No es factible de realizar en un hogar o Cread, ya que además para todo procedimiento sanitario se requiere una autorización sanitaria por la Seremi de salud para autorizar que se realice en determinado dispositivo y ello no corresponde al ámbito de un dispositivo de la red Sename". (Cuestionario expertos/as)*

### **3.7 Situaciones detectadas en centros privados de libertad**

El abordaje de las situaciones de crisis en centros privados de libertad tiene muchas de las problemáticas reveladas en los centros residenciales. Aun así, destaca de las entrevistas realizadas a funcionarios de estos centros, situaciones particulares a las características de éstos.

Un primer factor importante es el **rol que cumple Gendarmería de Chile en los centros de régimen cerrado**, donde por ley pueden intervenir en situaciones de crisis. Uno de los entrevistados, da cuenta de graves violaciones a los derechos humanos en sus intervenciones:

*"Tienes situaciones que, bajo el enfoque de los derechos y la propia ley, hay casos que rayan en la tortura, principalmente por el ingreso de Gendarmería y el trato que estos tienen hacia los adolescentes. Gendarmería hace lo que quiere, roban cigarros, rompen cuadernos, y cosas indignas como pedir sentadillas a los adolescentes desnudos, lo que no podría ser, pero se permite, y es inhumanos, indigno. El trato, el lenguaje que los sigue identificando como tales". (Coordinador de Casa, Centro Metropolitano Norte)*

Un aspecto que se remarca también fuertemente es la **recurrente frecuencia de intento suicida por parte de los adolescentes y jóvenes de los centros.**

*"Una contención emocional que hice a un chiquillo, que estaba con ideación suicida... como fue un día que estaba en un turno extra, hice un acompañamiento todo el rato, en la noche, a contenerlo, a hablar con él,*

*desde motivación personal, no como orientación institucional (...) Si encuentras un chico ahorcándose, lo primero que se hace es soltar la soga, y luego se aplica el psiquiátrico. Pero corta estadía no tiene siempre cupos, y depende de voluntad de corta estadía de recibir o no al adolescente". (Coordinador de Casa, Centro Metropolitano Norte)*

Al respecto no existiría en este centro, **una unificación de los criterios de reacción frente a estas situaciones, así como tampoco una transferencia técnica a los educadores/as y coordinadores/as de casa**, quienes son los que más tiempo pasan al cuidado de los adolescentes y jóvenes en los centros:

*"Se hizo prevención del suicidio con los psicólogos, pero no con los educadores. Hay capacitación de psicopatías, suicidio, varias herramientas. El problema es que queda en los psicólogos, y no trabajan puros psicólogos en ese centro. Se aplican lógicas personales, no hay una integración de lógicas. Lo que hago yo es evitar que se maten, cortó la soga. La otra vez hubo un educador que se quedó paralizado. Menos mal que había más gente, hasta los mismos cabros que ayudaron a cortar los lazos". (Coordinador de Casa, Centro Metropolitano Norte)*

Otro problema detectado son las brechas en dotación de personal, al igual que en los centros residenciales, las que afectan las formas de reacción de este a situaciones de crisis, debido a la falta de personas para realizar la contención en las crisis.

*"Acá todos intervienen: jefes técnicos, educadores, todos. Cuando crece un poco más, interviene el director, portería, el área administrativa. Tiene que ver cómo funciona este centro en particular. Tenemos un nivel de compromiso mayor. Las funcionarias mujeres debieran salir del espacio y contener al resto de los chiquillos, tenemos 50, si hay dos peleando, para evitar que entre un tercero al conflicto". (Educador trato directo Centro Semicerrado La Cisterna).*

Particularmente, en los centros semicerrados se produce un problema de seguridad de los funcionarios/as y jóvenes, debido a los mecanismos deficientes de seguridad de los centros, teniendo en cuenta que no tienen presencia de Gendarmería.

*"Se le explica al chiquillo la situación. Se trata de juntar a los chiquillos para evitar problemas al otro día. Perfectamente un chiquillo puede traer una pistola al otro día. No hay gendarmería al otro día. Toda la contención la hacen los educadores de trato directo, que no necesariamente están capacitados para manejar una situación con cuchillos. La seguridad es un tema complejo. Los mismos que tienen que contener son cinco profesores, un portero y una coordinadora; para contener 50 chiquillos". (Educador trato directo Centro Semicerrado La Cisterna).*

## 4. ANÁLISIS DOCUMENTAL

### 4.1 Modelo de cuidado residencial

Es necesario realizar una breve revisión de los tipos de centros residenciales proyectados a partir de las directrices internacionales, experiencia comparada y el debate técnico nacional. Este encuadre es fundamental para calificar las recomendaciones de acuerdo a los diferentes requerimientos de intervención que surgen de los distintos perfiles de atención en cuanto a ciclo vital y características de los niños, niñas y adolescentes.

Las Directrices sobre Modalidades de Cuidado Alternativo de los niños/as de las Naciones Unidas plantea una serie de principios generales como en la N° 123, donde se señala que **los centros de acogimiento residencial debiesen ser pequeños, organizados en torno a derechos y necesidades y en un entorno lo más semejante a condiciones de vida familiar.** (Naciones Unidas, 2010, pág. 20)

La documentación analizada da cuenta de **la necesidad de avanzar hacia “Centros de Cuidado Alternativo Residencial”, que permitan normalizar la vida de los niños y niñas.** Sería necesario cerrar las residencias masivas “creando residencias grupales cercanas a donde los niños/as viven, y especializando la oferta para trabajar con casos complejos y con los diferentes grupos etarios”. (Consejo Nacional de la Infancia, 2017, pág. 103)

La experiencia internacional de procesos de reconversión residencial, muestra una tendencia de consensos entre el Estado y la Sociedad Civil de 12 niños/as máximos por Centro (Consejo Nacional de la Infancia, 2017). Cualesquiera de estos estándares darían término a las opciones masivas como lo es hoy el modelo CREAD. Este aspecto es sin duda trascendental para este enfoque de normalización, ya que debe haber “un entorno lo más semejante al de una familia o grupo reducido”. (Naciones Unidas, 2010).

Al respecto, el estudio del Hogar de Cristo “Del Dicho al Derecho” realizó una exhaustiva investigación de estándares basados en evidencia a nivel comparado, estableciendo con ello un ideal de diez plazas para Residencias de Protección Especializada de adolescentes de más de doce años de edad, con una atención personalizada, trabajo intensivo con familia y acompañamiento terapéutico permanente (Hogar de Cristo, 2017).

Por su parte, el borrador del reglamento de residencias del Ministerio de Salud establecía en su artículo 2 que la atención debería asegurar “el derecho al máximo nivel posible de salud de los NNA, proveyendo de condiciones que favorezcan su bienestar y calidad de vida, promoviendo estilos de vida saludables en un espacio familiar sano y seguro, favoreciendo la prevención de situaciones que afecten su desarrollo”. Asimismo, el artículo 3 plantea que las residencias deben dar acogida a un “número máximo de 12 NNA, debiendo reproducir en la cotidianidad el ambiente propio de un hogar, que considere el formato de la vivienda, rutinas diarias y la satisfacción de sus necesidades cotidianas,

relevando el espacio residencial como el principal elemento reparatorio” (MINSAL, 2017, pág.12).

Este cambio de mirada por sí solo, constituye una profunda reformulación del sistema residencial, el cual hoy tiene un promedio de cobertura de 36 plazas por centro (Observatorio para la Confianza, 2017). Pero el tamaño no es el único ámbito interpelado, siendo también los tipos y categorías de residencias.

Hoy existen más de 16 tipos de centros residenciales vigentes, según el último catastro de la oferta programática del Sename. Al parecer ha existido la tendencia de organizar los servicios en base a las necesidades de organización de la institución y no de los casos (Ferrandis, 2009, pág. 125).

Para el estudio del Hogar de Cristo se requieren siete tipos de residencias y a la vez recomienda hacer todos los esfuerzos para no tener residencias para menores de seis años, haciéndose fundamentales las acciones preventivas y de fortalecimiento de otras alternativas de cuidado alternativo (Hogar de Cristo, 2017, pág. 148). Por su parte, para el borrador del reglamento del Ministerio de Salud se especificaron seis tipos de residencias.

TABLA 5: TIPOS DE RESIDENCIAS EN INFORMES NACIONALES

Estudio	Tipos de residencias
(Hogar de Cristo, 2017, pág. 150)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Residencias básicas o “mainstream”.</li> <li>2. Residencias de respiro.</li> <li>3. Residencias de urgencia.</li> <li>4. Residencias terapéuticas especializadas.</li> <li>5. Residencias para jóvenes con discapacidades físicas o psíquicas de carácter severo.</li> <li>6. Residencias seguras.</li> <li>7. Residencias de egreso o casas compartidas.</li> </ol>
Borrador Reglamento Residencias MINSAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Residencias de primera infancia, desde 0 a 8 años.</li> <li>2. Residencias para infancia intermedia, desde 9 a 13 años.</li> <li>3. Residencias desde 14 a 18 años.</li> <li>4. Residencias para gestantes o madres adolescentes.</li> <li>5. Residencias para NNA con alta dependencia.</li> <li>6. Residencias de alta especialidad.</li> </ol>

Fuente: elaboración propia en base a estándares

Una **revisión comparada** de los tipos de residencias en algunos países, mostrada en la tabla N°6, da cuenta de la distinción de los tipos de servicios requeridos versus las formas de organización de los centros para proveerlos. Por ejemplo, en los casos de España, se establecen los tipos de cuidado por un lado y por otro los tipos de hogares que dan este tipo de cuidados.

TABLA 6: EXPERIENCIA COMPARADA EN SERVICIOS RESIDENCIALES

Caso		Descripción
Alemania (Seidenstücker & Mutke, 2000)		Establece una variedad de alojamiento fuera de la familia de origen, además de familias de acogida. Por un lado, plantea centros de grupos estándar de centros de acogida de 8 a 10 niños/as, casas subvencionadas para niños/as y grupos de viviendas. Así mismo hay intervenciones particulares con inclusive vivienda individual atendida.
Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2016)		El Lineamiento técnico de modalidades para la atención de NNA, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados establece diferentes alternativas tales como internados. Los internados tienen una población de 0 a 18 años con una permanencia máxima de 6 meses. También existe una modalidad especializada de 0 a 8 años. Además, hay Casas Hogar, teniendo de un tamaño de hasta 12 plazas. Y casas de acogida y de protección para el cuidado de niños/as víctimas de reclutamiento ilícito, en el contexto de grupos armados.
Francia (Rederio, 2000)		El Servicio de Ayuda Social a la Infancia de Francia proporciona diferentes tipos de acogida, entre ellos Hogares de acogimiento temporal o continuo para niños/as. Debe haber al menos uno por cada Departamento. Y hay internados.
España	Modelo de Bizkaia (Servicio Especializado Historico de Bizkaia, s/a)	Establece que existen intervenciones generales, de urgencia, primera infancia, respiro, discapacidad grave, emancipación y extranjeros/as. Para estas existen Centros Generales, mixtos y especializados.
	Manual de buenas prácticas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, S/A)	Establece que existen intervenciones generales, de urgencia, primera infancia, preparación vida independiente y de atención día. Para estas existen Hogares (hasta 139 plazas), mini residencias (13 a 25) y Residencias (26 o más).
	Cantabria (Gobierno de Cantabria, 2009)	Establece que existen intervenciones para protección, autonomía, conductuales y para discapacidad grave. Para éstas hay hogares de primera acogida y emergencia, para pequeños de tres años y de convivencia familiar.
	Provincia Gispuzkoa. (Diputación de Gispuzkoa, 2012)	Establece que existen intervenciones para protección básica, urgencia, primera infancia, emancipación, especializados, conductuales y para discapacidad grave. Para éstos existen pisos de acogida, residencias e instituciones de emancipación.
Uruguay (Código de la niñez y la adolescencia, 2010)		El Código Uruguayo establece que los niños y niñas de hasta dos años de edad no pueden permanecer más de 45 días en los centros. Y hasta los siete años de pueden estar un máximo de 90 días. El Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) administra "Centros de Acogimiento y Fortalecimiento Familiar" (CAFF) para un número reducido de niños.

Fuente: elaboración propia en base a estándares.

A partir de lo analizado, es posible identificar diferentes tipos de categorización. Un primer nivel básico y general es por edad. Si bien existe consenso en reducir la institucionalización

en primera infancia, en el borrador de reglamento del MINSAL se menciona que es posible en última instancia y por un tiempo corto. Y, por otro lado, la permanencia puede variar de temporal a permanente, ya que el cuidado de adolescentes es de mayor duración.

De acuerdo a este criterio se requieren diferentes tipos de servicios y tareas en el cuidado. Los focos en primera infancia y en permanencias temporales implican tareas de trabajo con la familia de origen (para reunificación familiar) o de cuidado especializado, mientras que en acogimientos permanentes y adolescentes las tareas se enfocan más al acompañamiento y preparación para la vida independiente. Igualmente, en cada una de estas categorías, pueden existir diferentes tipos de casos, entre los que destacan adolescentes embarazadas, niños/as con discapacidad o con alta complejidad.

Frente a esto último, es importante destacar a efectos del presente informe, que, tanto en la experiencia comparada, como en las propuestas nacionales de categorización, la posibilidad de residencias para niños/as con alta complejidad. Al respecto, cabe destacar que ya en 2007, las Orientaciones del Ministerio de Salud y Sename proponían la creación de “Residencias Protegidas Especializadas” dedicadas a cuidar de niños y niñas que presentan un cuadro psiquiátrico complejo y refractario a tratamiento, disruptividad conductual recurrente y alta vulnerabilidad psicosocial” (MINSAL, 2007, pág. 36) Se pensaba en este tipo de residencias para un cuidado especializado para la contención, seguridad y apoyo terapéutico integral. La orientación de la época especificaba que estas residencias debiesen tener máximo de 10 a 12 adolescentes para un cuidado entre 12 a 18 meses con educadores capacitados en una ratio cada 4 adolescentes en turnos permanentes. El personal debía estar capacitado en la detección de problemas de salud mental, reconocimiento de situaciones de crisis y urgencias. Esta orientación recalca la necesaria coordinación con los equipos de salud mental de la red de atención asociada a la residencia e incluso recomendaba una ubicación cercana.

Por último, el programa de gobierno proponía el reconvertir los Cread en Centros de Unidades Polivalentes para niños/as con enfermedades mentales severas o trastornos de conducta que puedan brindar un abordaje especializado a los casos más graves. Una opción de esto, además de la hospitalaria (mediana complejidad), sería el cuidado residencial, egresados de unidades hospitalarias.

Por su parte, el Acuerdo Nacional por la Infancia impulsado por este gobierno no menciona esta alternativa explícitamente, planteando en su medida n°54, la creación de una Mesa Técnica especializada para la fijación dimensiones y estándares de la intervención residencial. Asimismo, el acuerdo en la medida n° 89, propone el generar una oferta especializada para niños/as con necesidades múltiples y complejas, incluyendo con consumo problemático, alta complejidad en su abordaje y conductas delictuales.

## **4.2 Recomendaciones internacionales**

Las Directrices de Cuidado Alternativo de la ONU pone énfasis en que es necesaria la especialización del personal en materia de intervención en conflictos y crisis en los centros residenciales:

*“Debería impartirse capacitación a todo el personal empleado por las agencias y los centros de acogida sobre cómo hacer frente a los comportamientos problemáticos, incluidas las técnicas de solución de conflictos y los medios para prevenir los actos de los niños que puedan causar daños a sí mismos o a terceros”. (Naciones Unidas, 2010)*

Por su parte, el Comité Interamericano de Derechos Humanos (CIDH) también destaca la necesidad de que el personal “esté adecuadamente formado y capacitado para atender a los niños, niñas y adolescentes que son cuidados y atendidos en estas instituciones; tengan conocimiento sobre derechos humanos y los límites de las medidas disciplinarias y el uso de la fuerza” (CIDH, 2015).

El CIDH recomienda el establecimiento de límites claros a los procesos disciplinarios reconociendo explícitamente que están prohibidas todas las medidas que impliquen “tratos crueles, inhumanos o degradantes, o cualquier forma de perjuicio o abuso físico o mental, como los castigos corporales o humillantes”. En esta línea realiza una serie de directrices para la regulación de los centros con la finalidad de evitar situaciones disciplinarias que no respeten los derechos de los niños y niñas.

## **4.3 Normativa y estudios nacionales**

### ***4.3.1 Normativa nacional***

El Reglamento Decreto 540 para la internación de las personas con enfermedades mentales, define en el artículo n°27 que el uso de medidas de contención física, farmacológica y aislamiento se reservarán solo para aquellas circunstancias en las que la conducta “conducta perturbadora o de agresión, física o psíquica, hacia sí mismo hacia los demás, es de un grado de intensidad o inminencia tal, que representa un peligro para la propia persona y/o para los terceros que la rodean”. Esto se daría agotando todas las medidas posibles para el uso de estas medidas, prohibiendo su uso como medio de castigo.

Por su parte, la Norma General Técnica sobre contención en psiquiatría, define que la contención es un “procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada. Su capacitación debiera estar relacionada con la función del agente de salud, en que el funcionario involucre su experticia técnica, sus habilidades personales como la escucha, su capacidad de captar y responder a los cambios en la contingencia de la relación y/o del ambiente” (MINSAL, 2003, pág. 8).

Derivado de esta definición, la norma técnica “Medidas de contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora” define que la contención en hospitalización debe ser (MINSAL, 2003):

- Privada
- Con el mínimo de elementos mecánicos
- Inmovilizando sólo partes del cuerpo amenazantes
- Con conocimiento y autorización del médico, y en lo posible con su presencia
- Por el menor tiempo posible
- Acompañada con contención farmacológica
- Informada al afectado
- Con la fuerza suficiente, evitando agresiones verbales y amenazas
- Con elementos adecuados, actualizados y conocidos por el equipo y pacientes

Ya la ley n° 20.584 del año 2012, que regula los Derechos y Deberes de los pacientes, plantea, en su artículo n°26 que el uso de aislamiento, contención física y farmacológica “deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona, a objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva”

#### **4.3.2 Estudios e informes nacionales**

A nivel nacional, el estudio del Hogar de Cristo “Del Dicho al Derecho” establece la importancia de trabajar con un “enfoque sensible al trauma”, en donde la residencia debe ser un espacio de “sanación” (Hogar de Cristo, 2017, pág.153). También resalta la importancia de que el tutor/a debe tener formación profesional o técnica especializada para trabajar en las residencias.

Por otro lado, en el campo de intervención en crisis, el estudio recomienda que el personal “esté capacitado y cuente con protocolos para el manejo del comportamiento; incluyendo la intervención en crisis, casos de violencia, conductas o ideación suicida, autoagresiones, uso de sustancias, portación de armas, entre otros. Deben comprender que las conductas agresivas son expresiones del trauma, dolor y necesidad, por lo tanto, las estrategias para abordarlas deben responder a las necesidades de los jóvenes. Estos episodios de crisis deben ser vistos como una oportunidad de aprendizaje y reparación”.

También plantea una serie de medidas que no deben ser aplicadas bajo ninguna circunstancia, tales como castigo físico, aislamiento o cualquier sanción que implique humillación. Propone, además, que la contención física solo debe ser utilizada cuando sea estrictamente necesaria para salvaguardar la integridad física y psicológica de los adolescentes, lo cual deberá ser ejecutado por trabajadores/as capacitados/as en

contención física, autorizados para su aplicación, siendo nunca un método regular en la contención de crisis.

Por su parte, el borrador del reglamento del Ministerio de Salud especifica que para evitar situaciones de desajuste emocional o conductual se deben adoptar medidas preventivas de tipo ambiental o relacional, y evitar lo más posible el uso de contención física, la cual deberá ser registrada.

El borrador especificaba que las **medidas de contención física o farmacológica serán indicadas estrictamente por profesional médico** y serán reservadas para “circunstancias en las que la conducta perturbadora o de agresión física, psíquica, hacia sí mismo o hacia lo demás, desde un grado de intensidad o inminencia tal, que representa un peligro para el propio NNA y/o para los terceros que le rodean apegándose estrictamente a la normativa vigente”.

#### **4.4 Regulaciones internacionales**

En países como **Colombia** la guía de orientación para la seguridad y prevención define las situaciones de crisis como (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018):

*“reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la disrupción en la homeostasis psicológica del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. En la crisis se pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema porque fallan los mecanismos habituales de afrontamiento y existe incapacidad para manejar las situaciones y/o dar soluciones a los problemas”. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018, pág. 2)*

En la guía mencionada, estas crisis pueden ocasionarse por el proceso de desarrollo de los propios niños/as, por circunstancias accidentales y ambientales (consumo de sustancias psicoactivas, alteraciones emocionales, alteraciones de conducta; y por factores asociados a discapacidad mental, falta de medicamentos o cambios de ambiente).

Por ello, establece diferentes formas de actuación frente a una serie de tipos de crisis, estableciendo diferenciadamente las acciones que son promocionales y preventivas de las de reacción, y además estableciendo responsabilidades y tareas de registro. Entre los protocolos que destacan procedimientos para la ideación suicida y situaciones complejas a nivel de convivencia.

Frente a la ideación suicida menciona la importancia de identificar previamente la presencia de factores de riesgo, amenaza e intento suicida, a través de evaluaciones individuales, y la tramitación de atención inmediata en las redes correspondientes.

También establece la necesidad de informar inmediatamente a la red de salud frente a intentos suicidas y a la protección administrativa, así como un estudio de caso posterior que permita diseñar un plan adecuado de atención.

Frente a situaciones de convivencia el protocolo detalla acciones frente a agresiones, amotinamientos y crisis. En los casos de crisis que requieran primer auxilio emocional, se plantea que éstas deben ser individuales y evitar las confrontaciones. No se menciona ni regula la posibilidad de contención física.

En **España**, la contención física sí es regulada mediante estándares para centros de alta especialidad. En general, los estándares de calidad de acogimiento especializado del gobierno español, plantea que en situaciones más graves in situ se hace necesaria la aplicación de técnicas de contención que deberán estar claramente preestablecidas y protocolizadas, habiendo recibido el personal formación específica para llevarlas a cabo" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pág. 79).

El estándar español plantea la necesidad de que las residencias tengan un reglamento interno acordado. El uso de la contención física esta detallado en el punto 16.4, de la siguiente forma (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, págs. 81-82):

- Su uso deberá estar bien detallado en el reglamento y el personal deberá recibir formación de su aplicación.
- Su uso se restringe a una medida protectora para evitar un daño hacia el propio joven, para los que le rodean, para prevenir destrozos materiales o detener una fuga.
- Los jóvenes están informados del procedimiento.
- Su uso implica la mínima fuerza necesaria para cumplir su objetivo, siendo necesario de realizar con la presencia de más de un miembro del personal.
- La contención se debe registrar, detallando el incidente y las actuaciones llevadas a cabo.
- La contención debe tener un dialogo individual posterior con el joven, analizando lo sucedido.
- Los espacios especiales para su aplicación deberán estar diseñados con las mismas condiciones de habitabilidad que el resto de habitaciones, pero con medidas de seguridad adicionales para evitar autolesiones.
- El uso de salas de contención deberá ser por el menor tiempo imprescindible, aunque la separación del resto del grupo se mantenga estando el joven en su habitación u otro lugar.

Los estándares de diferentes provincias españolas especifican su uso a determinados tipos de residencias. Por ejemplo, en provincias como **Biskaia** (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, S/A), **Navarra** (Gobierno de Navarra, 2001), el uso de salas de contención física esta solamente permitido para residencias que tengan programas de atención a menores con minusvalías graves (psíquicas graves y crónicas reconocidas) y para menores con

problemas graves de comportamiento. Se plantea que los criterios de utilización de este espacio serán detallados por el INBS y acordados por la Fiscalía de Menores.

Por su parte, **Andalucía** establece un protocolo específico para la intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento. El último protocolo es para el uso de medidas de contención física, y plantea que éstas “deben estar justificadas por el fracaso de otro tipo de actuaciones y/o la existencia de un riesgo cierto e inminente para la personas o para terceras personas” (Junta de Andalucía, 2016, pág. 62). El protocolo respectivo señala que esta medida es de carácter médico y por lo tanto exige que sean autorizadas por indicación médica con el consentimiento informado del tutor a cargo del niño/a (Junta de Andalucía, 2016, pág. 63).

En específico, señala las siguientes causales posibles para su aplicación (Junta de Andalucía, 2016, pág. 63):

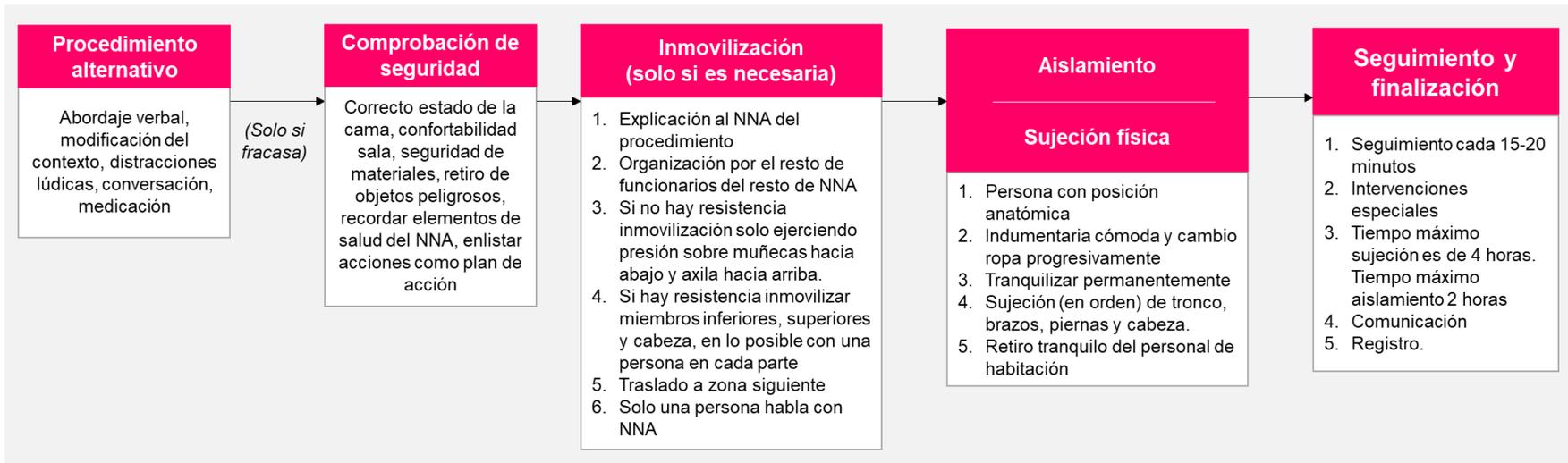
- Riesgo de lesiones a terceras personas.
- Riesgo de lesiones a sí mismo.
- Riesgo de interrupción de procesos terapéuticos del propio residente o de otros residentes.
- Evitar daños significativos en el servicio.
- Para reducir estímulos sensoriales.
- Como intervención en tratamiento conductista pactado.
- Otras: destrucción de propiedades de otros, gritos incontrolables por otros medios, ensuciar reiteradamente la habitación, exhibición del cuerpo reiterada, masturbación en público, persecución reiterada con intenciones sexuales, tocamientos eróticos no solicitados, conductas de provocación.

Asimismo, señala algunas razones que no permiten su aplicación:

- Cuando las características físicas y psicológicas del usuario/a no lo recomienden.
- Cuando los trastornos anteriores hayan sido resueltos de forma verbal.
- Cuando la violencia tiene un marcado carácter delictivo.
- Como un castigo, adecuación a convivencia u apremio ilegítimo.
- Como respuesta ante el rechazo al tratamiento farmacológico.

Además, agrega que solo pueden ser implementadas cuando haya personal suficiente, esté disponible el material necesario y hayan fracasado totalmente todas las otras medidas alternativas (Junta de Andalucía, 2016, pág. 63). El protocolo establece una serie de pasos específicos, de revisión constante y actividades resumidas en la ilustración N°3. Considera dos pasos posteriores a la inmovilización física: el aislamiento y la sujeción, también detallados.

ILUSTRACIÓN 3: PASOS PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA EN RESIDENCIAS ANDALUCÍA



Fuente: elaboración a partir de pasos especificados (Junta de Andalucía, 2016).

Por su parte, los servicios sociales de Cataluña especifican una amplia gama de alternativas de contención frente a crisis, de un uso combinado según sea la situación, especificando bien su ámbito de aplicación, tal y como se demuestra en la tabla nº7:

TABLA 7: TIPOS DE CONTENCIÓN Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE CATALUÑA

Tipo	Indicaciones	Procedimientos	Criterios de uso
Aislamiento o <i>time out</i>	Frente a una situación en donde se prevé previamente alguna situación de crisis, o ésta haya comenzado y sea factible.	Se invita a persona a salir a un entorno más tranquilo, lo que debería poder tranquilizarlo en unos 10 a 15 minutos. Si no tiene resultados deben aplicarse otras técnicas de contención verbal o farmacológica.	Sin restricciones señaladas.
Verbal	Es la primera estrategia frente a cualquier estado de agitación psicomotora, caídas o huidas. Hay que mantenerla si se opta por otros mecanismos.	A través de una actitud tranquila, con un lenguaje y tono claro y pausado, se busca el control de un estado de agitación psicomotora, riesgo de caída o huida.	En niños/as debiese ser la primera forma que se use siempre. Su efectividad podría disminuir en personas con patología mental descompensados.
Espacial	Se utiliza en cuadros de agitación psicomotora o alteraciones de conducta en contra de otros u objetos del entorno que no hayan sido posibles de resolver con estrategias de menor intensidad.	Consiste en derivar a una persona a un espacio del cual no pueda salir libremente, restringiendo las salidas al exterior como posible riesgo de la seguridad de la persona o de terceros. Puede ser una habitación de aislamiento, la del mismo usuario u otra. Las salas tienen que estar bien acondicionadas, con medidas de vigilancia y estar sujetos a supervisión y revisión periódica.	Personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta. En caso de centros de menores solo en estos casos, y no cuando el aislamiento en sí pueda generar un riesgo a su salud, estén embarazadas o tengan hijos/as con ellas.

Farmacológica	Se utiliza para el control de conductas peligrosas para la persona que las presenta u otras del entorno, con agitación psicomotora, autoagresividad o agresividad a otros. Puede necesitar acompañarse con contención física o mecánica.	Se administran medicamentos para calmar conducta (benzodiazepina o antipsicótico).	Se debe siempre realizar con personal sanitario autorizado para administrar medicamentos.
Física	Frente a riesgos para ellos mismos o terceros. En casos de agitación psicomotora, si se prolonga mucho hay que ver posibilidad de otros mecanismos más intensos.	La contención física consiste en limitar los movimientos de una persona a partir de la aplicación de fuerza por parte de otra, cuerpo a cuerpo, sin dispositivos mecánicos. No especifica en detalle el procedimiento.	No se puede utilizar en casos de falta de personal, personal no calificado o intensidad de crisis no aplicable.
Mecánica	Para situaciones de peligro inminente para uno mismo o terceros, fracasando todos los mecanismos.	Restringe el movimiento de diversas partes del cuerpo. Se restringe las partes con dispositivos mecánicos.	No debiese aplicarse en niños/as, embarazadas, personas con problemas respiratorios, usuarios poli medicados, deshidratados, personas con Síndrome de Down o con accidentes físicos recientes. Estaría totalmente contraindicado para personas con alto nivel de alteración de su conciencia, con traumatismos inestables (columna) y/o trastornos hemorrágicos.

Fuente: (Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña , 2015).

## 5. RECOMENDACIONES

### 5.1 Ética de respeto y buen trato

*“Uno de los ámbitos privilegiados de la humanización es la relación. En la relación interpersonal nos hacemos, nos autoafirmamos, nos construimos como personas”.*

*José Carlos Bermejo*

Un primer principio a tener en cuenta en la aplicación de cualquier protocolo es el respeto por la **dignidad de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes**. La dignidad constituye el reconocimiento intrínseco de las personas, siendo éstas merecedoras de respeto y buen trato.

El **respeto es a la libertad**, a la libertad entendida en el ejercicio y reivindicación de sus derechos, en un marco de autonomía, igualdad y ejercicio de la ciudadanía, en condición de agentes de ésta. Toda la implicancia del enfoque de derechos y la aparición de la Convención, no es solamente que los derechos se materialicen como un *status*, sino se expresen “en una creciente conciencia de los mismos y su uso reivindicativo por parte de la población infantil y adolescente” (Araujo, 2016, pág. 127).

Estamos en una cultura donde el respeto suele no cumplirse. Más bien existen relaciones adulto/a céntricas basadas en la autoridad y la asimetría de poder con la infancia, que inhiben el ejercicio de sus derechos y conllevan el riesgo de abuso de poder, producto de esta asimetría.

Esto aumenta en contextos de familias, niños y niñas que históricamente han sido víctimas de las fallas de un Estado no garante. Hoy los centros residenciales son espacios de relación adulto/a – niño/a, en la cual no mantienen una relación con su entorno. Por lo tanto, están expuestos al abuso de poder. En este sentido, existe desde la institucionalidad una confianza ciega con los centros, constituida por mecanismos de cierre y poca apertura, que inhiben el control social y aumentan el riesgo de abuso.

Se hace necesario que **las residencias se constituyan como espacios de confianza, tanto con su entorno como internamente**, entre adultos/as y niños/as, de manera de “sentir confianza”, una confianza lúcida, en donde exista un reconocimiento mutuo, de respeto y cuidado igualitario.

Esto es fundamental para generar un ambiente donde se trate con dignidad a niños y niñas con experiencias traumáticas y sufrimiento. Y éste se caracteriza por la apertura a una “capacidad de reflexión, al lenguaje, a la relación a sí mismo, a la relación con el otro, a la referencia al sentido” (Ricoeur, 1994, pág. 59). Lo cual para niños/as institucionalizados éste puede ser su experiencia de vida.

*“...creo que ahí hay un trabajo que hacer también importante, volver a la base, no a lo que pasa solo en una residencia sino lo que la gente necesita y que no cambia por el hecho de llegar a una institución donde te van a cuidar un rato, o sea, siguen siendo tus mismas necesidades solo que por el momento tienen que ser suplidas por otra persona que es un desconocido pero que tiene que generar un vínculo de confianza y de afecto”. (Panel de expertos/as)*

Por ello, tal y como se demuestra en la cita anterior, se requiere de relaciones de afecto que permitan reconocer y actuar. La superación del trauma requiere que la historia se cuente, con seguridad, con confianza y afecto. Urge entonces **generar espacios de buen trato en base a cuatro principios: reconocer la necesidad, responsabilizarse por la tarea, prestar la ayuda y lograr resultados concretos** (Gilligan, 2013).

La humanización del cuidado parece ser un estándar mínimo y fundamental de sentido común. Sin embargo, la tecnificación e impersonalización actual de la función pública, ha llevado que servicios claves en el cuidado de personas hayan perdido lo más fundamental: una ética del cuidado respetuoso.

Esta ética requiere sobre todo la generación de vínculos afectivos en base a dos cosas básicas: protección y amor.

*“Según la literatura, todo niño, requiere desde que nace 2 cosas básicas: protección y amor, ya que sus necesidades básicas son sentirse seguro y querido. En este sentido, el cuidado debe seguir la misma lógica, lo que supone dar seguridad y generar vínculos afectivos” (Cuestionario de Expertos/as).*

El cuidado respetuoso implica desarrollar la consideración positiva o aceptación incondicional en el vínculo con los niños/as, la cual debe ir más allá de una simple disposición optimista y acogedora. Es importante, en esta relación de ayuda o de cuidado respetuoso, tomar las siguientes consideraciones:

- 1. Ausencia de juicios moralizantes:** evitar la moralización, ya que si actuamos de esa forma se pierde capacidad de ayudar y confianza.
- 2. Acogida incondicional del mundo de los sentimientos:** los sentimientos constituyen el modo más íntimo de reaccionar ante los estímulos que vienen de fuera y de dentro de uno mismo. Los sentimientos no son ni buenos ni malos moralmente.
- 3. Consideración positiva:** “Creo en ti” sería uno de los puntos de partida de toda relación de ayuda. Creo que tienes posibilidades de crecer, para identificar tus dificultades y tus recursos, para ponerlos en marcha, para despertar el curador interior, para adoptar conductas saludables.
- 4. Cordialidad o calor humano:** Esta actitud supone una relación afable y cálida. La ausencia genera distancia.

Es posible de indagar en al menos siete claves al respecto que son relevantes (Clínica del occidente de Bogotá):

1. **Seguridad:** los servicios deben cerciorarse en todo momento de la seguridad de las personas a su cargo, que incluya el manejo sistemático y responsable de los riesgos.
2. **Mejoramiento continuo de los procesos:** mejorar continuamente las formas de cuidado, siempre en pos de las necesidades de los niños y niñas y el fortalecimiento de su desarrollo.
3. **Manejo del dolor:** se requiere una oportuna detección y manejo interdisciplinario que intervenga para buscar siempre una experiencia sanadora y humanizada.
4. **Calidez:** generación de ambientes relacionales empáticos y diligentes. Aquí es relevante la generación de una cultura organizacional al respecto, y todos los procesos necesarios para ello.
5. **Comunicación asertiva:** acciones que permitan la generación de confianza mutua y con ello canales de comunicación eficaces sobre sentimientos, deseos y opiniones de los niños y niñas.
6. **Información:** se debe brindar un acceso a la información de los derechos y procedimientos a los niños y niñas.
7. **Fidelización:** consiste en que los niños y niñas logren una relación estable y duradera. Las estrategias de fidelización son de por sí de humanización.

Por último, cabe considerar el contexto del trabajo de cuidado en las residencias, el cual conlleva un importante desgaste físico y psíquico dados los temas abordados como “violencia, abuso, traumatización, especialmente con personas que viven en pobreza, que representa una situación de violencia social” (Urrea, 2018, pág. 34)

Estas condiciones generan repercusiones en los equipos y los propios usuarios, Tal como menciona Aron y Llanos, “la traumatización de los equipos es una de las principales causas que esgrimen los profesionales y operadores sociales que abandonan este campo de trabajo” (Aron y Llanos, 2004. P.7; citado en Urrea, 2018, pág.34).

Es por ello primordial que los cuidadores asuman una formación moral en **ética de la responsabilidad**, lo que implica ser responsable de reconocer las propias vulnerabilidades y debilidades del propio observador, como elemento fundamental para trabajar con el dolor. (Urrea, 2018, pág. 36)

## 5.2 Un protocolo de prevención de situaciones de crisis

### 5.2.1 Identificar las alertas a tiempo

Es relevante conformar un protocolo de actuación que **identifique muy bien acciones promocionales y preventivas**, de forma clara y progresiva hasta llegar a los pasos de reacción frente a las diversas situaciones de crisis que pueden ocurrir en los centros. Hoy el protocolo abarca solamente las formas de respuesta frente a diferentes causales, teniendo en sí mismo un problema de estructuración. Por ejemplo, en materia de suicidio, se establecen las formas de reacción frente a un intento suicida, pero no se establecen los mecanismos y herramientas de prevención y detección previas en la temática (para mayor profundidad sobre este tema ver el punto 4.8).

Por ende, es vital **tener la información respecto a la situación de salud de los niños y niñas**, así como conocer la existencia de problemas de salud mental, el diagnóstico médico, problemas de conducta, existencia de ciertos trastornos, entre otros.

Cabe mencionar que la agresividad es una pulsión innata del ser humano que se manifiesta como violencia cuando las capacidades de inhibición del sujeto disminuyen<sup>2</sup>. Puede ser la manifestación principal o aparecer con cierta frecuencia en trastornos físicos y psiquiátricos diversos. Ésta se relaciona con un estado de ánimo de resentimiento y enfado, que aparece en respuesta al aumento de la ansiedad cuando el sujeto percibe una amenaza.

Existen patrones de salud disfuncionales en las personas con crisis manifestadas con episodios de agresividad, las cuales, al conocerlas, se puede disminuir el fracaso en la contención, tales como:

- **Expresión facial:** expresión de tensión, mirada fija, desafiante, expresión de miedo, hipervigilancia, tensión fronto orbitaria, labios apretados, cejas fruncidas, entre otros.
- **Conducta motriz:** inquietud psicomotora, agitación, sucesión rápida de movimientos, incapacidad de permanecer quieto, deambulación continua, movimientos oscilatorios, tensión muscular, puños apretados.

Se sugiere para el manejo de crisis de carácter violento, los factores descritos en la NANDA<sup>14</sup> asociados con una agresión inminente, los cuales son:

- Lenguaje corporal: postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, deambular, falta de aliento y posturas amenazadoras.
- Deterioro cognitivo, especialmente déficit de atención.
- Antecedentes de violencia indirecta.

---

<sup>14</sup> NANDA International, Inc. NANDA antes del 2002 "North American Nursing Diagnosis Asociación".

- Antecedentes de amenazas.
- Antecedentes de violencia.
- Impulsividad
- Deterioro neurológico
- Sintomatología psicótica activa.

Teniendo estos antecedentes, se debe generar un plan de cuidado, cuyo objetivo debe estar enfocado en abordar la situación preventivamente con antelación.

### **5.2.2 Personal especializado en enfoque de trauma**

Un aspecto fundamental y altamente recalcado por los expertos/as guarda relación a la especialización de los cuidadores/as de los centros residenciales. **El personal debiese ser altamente formado y calificado en las condiciones de trauma de los niños y niñas.**

*“es un tema que no solo las cuidadoras y cuidadores del trato directo tengan formación, también la historia de ellos de trauma... tenemos datos de eso, súper graves los datos que tenemos de los niños y de los cuidadores, pero aquí esto va para arriba, o sea, sabemos que los psicólogos y las trabajadoras sociales que atienden los programas no tienen ninguna formación, tuve la oportunidad el año pasado de viajar por todos los sistemas de Sename de Chile y ni siquiera sabían que era el trauma complejo, nunca habían escuchado la palabra, o sea estamos hablando de ni siquiera sabían cómo intervenir son esos niños, ni siquiera sabían que es lo que significaba, un conocimiento absolutamente muy bajo”. (Panel de expertos/as)*

Por otra parte, el Sename y los organismos colaboradores debiesen fortalecer las políticas y regulaciones necesarias para **impulsar planes de autocuidado laboral de los funcionarios/as**. Muchos de ellos/as presentan situaciones de trauma personales, lo cual debiese considerarse a la hora de su ingreso como cuidador/a de trato directo.

Los funcionarios/as a cargo de los niños y niñas debiesen tener conocimiento psicopatológico, así como de una capacidad de valoración de las situaciones, de gestión de conflictos y de rápida decisión y reacción. Por esta razón, para la selección de perfiles y la capacitación de funcionarios/as se deben considerar los siguientes aspectos:

- Capacidad para identificar respuestas iniciales y realizar acciones preventivas de la respuesta violenta.
- Determinar las relaciones entre estímulos antecedentes y respuestas agresivas.
- Desarrollar habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales adecuadas.
- Capacidad de autoanálisis de los sentimientos y reacciones que producen las repuestas agresivas.
- Capacidad de análisis del entorno y búsqueda de puntos de mejora en la prevención de respuestas agresivas.

Es importante que los funcionarios/as sean capacitados/as, participen en la elaboración de los protocolos y sean certificados constantemente en éstos.

### **5.2.3 La necesidad de una red de salud disponible constantemente**

Es vital que se configure en todo el país un sistema de coordinación entre los servicios de salud y sus respectivas redes con cada uno de los centros residenciales del país. **Es importante comprender que este tipo de protocolos de actuación son de responsabilidad compartida, con diferentes roles, entre los distintos servicios sociales involucrados.**

A cada situación de alerta, se debiesen activar protocolos de comunicación 24/7 entre los equipos de residencias y encargados/as del centro de salud referenciado y a cargo del centro, que debiese contar con la información expedita sobre el perfil e historial médico de cada niño o niña.

Esto debiese activar un protocolo de derivación o llegada del equipo de atención médica, para el actuar frente a la situación de crisis de alta complejidad.

### **5.3 Modelo de atención general para la intervención en crisis**

Frente a una situación de crisis, es importante hacerse la siguiente pregunta: **¿con la atención prestada, y en la situación concreta de esta persona, se ha garantizado la seguridad del niño y de su entorno?**

**Es importante manejar adecuadamente la situación para que el niño o niña se mantenga dentro de unos parámetros de cuidado protectores,** evitando situaciones de peligro para el mismo y el entorno.

Es importante ser capaz de determinar el nivel de riesgo de la crisis teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Psicopatologías.
- Seguimiento del tratamiento.
- Vinculación con el entorno familiar o social.
- Alteraciones de conductas.
- Crisis anteriores.

Desde esta base se deben aplicar procesos de contención que dependen del tipo de crisis. Siguiendo la normativa del Ministerio de Salud especifica tres tipos: la contención verbal, química o psicofarmacológica y la contención física.

- 1. Contención verbal y emocional:** es el primer mecanismo de contención determinado por la comunicación, la utilización de la palabra. Una adecuada gestión de las situaciones conflictivas a través de la relación de ayuda, consigue reconducirlas y se evita que empeoren.

2. **Contención psicofarmacológica:** es la administración de medicamentos con la finalidad de reducir la sintomatología que puede producir lesiones en el paciente y su entorno (ver punto 4.8). Esta debe tener prescripción por parte del médico tratante y debe ser con el consentimiento del niño y niña. Por lo tanto, se requiere que el profesional a cargo, tenga las competencias para lograr la autorización de la administración.
3. **Contención física:** es una medida indeseable, de carácter médico, a la cual hay que recurrir de última ratio (ver punto 4.9). Cuando se recurre a ésta es porque han fracasado todas las otras medidas de contención, o que por el nivel de alteración o agresividad haya un peligro inminente para sí mismo o los demás. Nunca puede ser aplicada sin autorización médica previa y debe ser acompañada de la contención verbal y psicofarmacológica según sea el caso.

Aun así, cabe destacar que, revisando normas internacionales, existen diferentes conceptualizaciones de la contención física. Más bien estaríamos frente a un concepto polisémico, más analizado por la gerontología que en infancia, de frecuente discusión, en donde las palabras contener, sujetar, restringir, atar, no significan necesariamente lo mismo (Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña , 2015). El uso de una u otra alternativa requiere analizarse de acuerdo a un plan de análisis y puede contemplar el uso de estrategias mixtas y combinadas según cada caso.

#### 5.4 La prevención del suicidio<sup>15</sup>

El protocolo especifica en la sección N° 6 los pasos necesarios para dar respuesta a “acciones autolesivas”, estableciendo las acciones que deben realizarse al respecto, pero no se especifican las de prevención.

En estudios internacionales, se recomienda la **utilización de diferentes escalas de medición del riesgo del intento suicida** (Horowitz, y otros, 2001; Escala de Beck, Dieppe & y otros, 2009, entre otros), los cuales son importantes en la aplicación de instrumentos de diagnóstico de niños y niñas que presenten factores de riesgo (de vulnerabilidad y/o estresantes), asociados al suicidio infanto juvenil, muy prevalentes en el contexto de niños y niñas institucionalizados.

Asimismo, se recomienda explorar la implementación de intervenciones específicas basadas en evidencia de prevención en centros donde conviven adolescentes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). Para esto se recomienda **realizar una mesa de expertos que configure una metodología especialmente abocada a la realidad de centros residenciales y de justicia juvenil.**

---

<sup>15</sup> Esta sección fue realizada gracias al aporte de Paulina del Río, presidenta de la Fundación José Ignacio, la cual realiza acciones de prevención de suicidio infanto juvenil.

Es de vital importancia que los funcionarios/as de residencias tengan formación en indicadores respectivos, tales como cambios drásticos de desempeño escolar, falta de interés en actividades cotidianas, descenso general en calificaciones, consumo de sustancias, etc. En este sentido, resulta recomendable el **entrenamiento de figuras claves en la detección de riesgo suicida, denominados *gatekeeper*** (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Ya en el ámbito de la reacción, el protocolo plantea dos posibilidades al respecto: "Violencia autodirigida" y "Autoagresión". El primero sería el que comprende el comportamiento suicida que incluye "pensamientos suicidas, intentos de suicidio también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse" y "suicidio consumado". Al respecto cabría agregar que la inmensa mayoría de quienes lo intentan en realidad no quieren morir, sino cambiar o poner fin a una situación que se ha tornado insoportablemente dolorosa. Por ello, resulta imprescindible visibilizar y validar este sufrimiento, como también convencer de que se harán esfuerzos reales por mejorar dicha situación.

Frente a la autogresión se especifica que ésta puede incluir las autolesiones y actos de automutilación en base a la definición de OMS, 2003. Al respecto se debe agregar que la autoagresión, puede tener una intención suicida o no que la acompañe. En general, corresponde a una forma poco sana de lidiar con el dolor emocional, la rabia y la frustración, ya que brinda una sensación momentánea de calma y liberación de la tensión. Sin embargo, frecuentemente es seguida de vergüenza y culpa, además del retorno de las emociones dolorosas. Y siempre conlleva el riesgo de transformarse, con el tiempo, en lesiones más graves o potencialmente fatales.

De los pasos mencionados en el protocolo actual sería adecuado añadir los siguientes elementos:

- Enfatizar, para aliviar su dolor, que existen otras salidas distintas de la muerte, solo que no puede verlas debido a su malestar.
- Que el educador/a al momento de hacer la intervención debe también obstaculizar el paso desde el pensamiento/intención a la acción, ganando tiempo para obtener ayuda médica, como medida distractiva.
- Asegurar al resto de niños y niñas de la residencia, que el niño/a afectado/a se encuentra bajo cuidado de adultos/as y que no tiene por qué ocurrirles lo mismo.
- El personal deberá también aportar con los antecedentes de abuso, especialmente sexual y *bullying*, altamente predictores de la conducta suicida.
- Enfatizar a los niños/as que cuentan con adultos confiables a quienes comunicar sus dolores, temores, etc.

Se recomienda al respecto que Sename o el servicio que lo reemplace, **realice un fuerte proceso de transferencia técnica al personal de residencias sobre prevención suicida en población infanto juvenil**, teniendo en cuenta el alto nivel de experiencia traumática de los niños y niñas institucionalizados.

## 5.5 La contención verbal

**La contención verbal debe ser la primera estrategia para abordar cualquier situación de crisis por agitación psicomotora**, si las estrategias preventivas han fracasado.

Se requiere que las personas asuman una actitud tranquila, segura con tonos pausados, buscando empatizar con la persona y no confrontando los motivos (Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña , 2015, pág. 25).

**Se puede acompañar la contención verbal con la invitación al niño o niña a una habitación ojalá previamente condicionada y separada del resto de niños o niñas**, que permita tranquilizarlo/a, lo que debe tener acompañamiento constante. Esta sala debe ser segura, pues no debe tener objetos físicos peligrosos, o que generen estímulos innecesarios.

La contención verbal debiese partir por **la escucha activa del niño o niña, observando el discurso, señales psicomotoras, etc.** Y antes se debiesen considerar los factores que pudieron haber gatillado la crisis (pelea interna, visitas familiares, etc.).

Los pasos para la realización de la contención verbal son, en síntesis, los siguientes:

1. Identificar oportunamente la crisis: observando el lenguaje corporal de los NNA. Para un observador/a entrenado es claro percibir signos anticipatorios de una crisis.
2. Observar e identificar factores gatillantes, con el objetivo de anularlos (acciones, palabras, objetos, estrés).
3. No tocar al niño/a, de ninguna forma. Se debe respetar la expresión de las emociones como el llanto y evitar acercarse de manera brusca e impulsiva.
4. Demostrar al menor su preocupación por protegerlo de factores amenazantes (procurar que no se haga daño).
5. Acercarse de un modo seguro, mostrando empatía, sin exagerar, con una actitud acogedora y confiable.
6. Retirar al niño/a del lugar en donde ha presentado la crisis, a un espacio más seguro, fuera de factores extrínsecos e intrínsecos que generen agudización de la crisis (presencia de personas extrañas, visitas, agresiones verbales, objetos peligrosos, entre otros).
7. Continuar la contención emocional (escuchar, persuadir) durante todo el tiempo que sea necesario. Permitir el llanto y la expresión de sentimientos y emociones. Manifieste una relación de ayuda y trato humanizado.
8. En presencia de agitación psicomotora, sin acercarse demasiado al niño, evite que se haga daño; y controle signos vitales una vez que el niño/a se encuentre más tranquilo.
9. Si fuese necesario contención farmacología, ésta debe ser en base al protocolo de administración de medicamentos.

10. Asegúrese que el niño/a evoluciona de forma positiva a la contención emocional, demostrando tranquilidad, y eliminando paulatinamente el lenguaje corporal manifestado al inicio de la crisis. No lo deje solo/a.
11. Termine el manejo de la crisis con expresiones afectivas, cálidas y/o si es posible contener entre sus brazos, demostrando su preocupación.
12. Antes de 24 horas de ocurrida la crisis, registre con su puño y letra el episodio, describiendo el detalle del desarrollo del protocolo. Firmar y notificar.
13. Por otra parte, se deben tomar medidas de seguridad para los funcionarios/as, con mecanismos de comunicación de alertas si la situación genera un riesgo.

## **5.6 Contención farmacológica y administración medicamentos**

### **5.6.1 Personal a cargo de la administración de medicamentos**

Dentro de las recomendaciones dadas por los expertos/as se encuentra la necesidad de que el personal médico que administra medicamentos tenga una sub especialización en psicofarmacología del trauma, lo que sería clave en contextos como centros residenciales.

*“Certificar la idoneidad del personal médico para el tratamiento farmacológico. Evidencias actuales han demostrado que el uso de psicofármacos para tratar los "diversos trastornos" que suelen presentar los niños con trauma complejo, suelen no solo ser inefectivos sino iatrogénicos. Esta es una discusión muy reciente, la que todo médico debería estar informado (lo que no suele ocurrir en Chile). Por ende, no basta con la profesión médica, sino que requiere una sub-especialización en Psicofarmacología del Trauma”. (Cuestionario de expertos/as)*

Es importante que el personal cuente con formación en conceptos propios de la farmacología, sus efectos no deseados, conocimiento de contraindicaciones y distintas vías de administración. Esta formación debiera estar acreditada y contemplar como mínimo, los siguientes aspectos:

- Toma de signos vitales (pulso, respiración, temperatura, presión arterial, etc.).
- Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Esta debe ser avanzada en pediatría (0 a 20 años).
- Primeros auxilios y emergencias, principalmente en casos de: contusiones, heridas (incluyendo hemorragias), quemaduras, fracturas, intoxicaciones, atragantamientos (conocimiento de Maniobra de Heimlich), mordeduras (perros, arañas, etc.) y picaduras.
- El/la Responsable del Área de Salud debe ser permanente.
- La residencia debe contar con un botiquín de primeros auxilios y gestionar la asesoría del centro de salud primaria para la elaboración y mantención de éste. Esta asesoría debe quedar por escrito.

## **5.6.2 Administración de medicamentos**

### ***Sobre la adquisición de medicamentos***

Los medicamentos debiesen ser administrados por la red de salud, con mecanismos acordados de abastecimiento claros desde ésta a los centros residenciales, las cuales deben tener marcos de actualización constante de acuerdo a la necesidad de los niños y niñas.

Las residencias que necesiten contar con botiquín especial, deberán estar autorizadas sanitariamente y de acuerdo a la normativa correspondiente del Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.

### ***Del almacenamiento***

Los medicamentos deben ser almacenados en estantes, lejos de la humedad, luz solar, y no exponer a altas temperaturas. Los estantes deben estar con llave y bajo la responsabilidad del profesional a cargo de la administración de medicamentos.

Los medicamentos se deben almacenar en orden, es decir, de acuerdo a sus características (analgésicos, antipiréticos, antieméticos, etc.) y es importante considerar la indemnidad del embalaje exterior e interior, fecha de caducidad, y que todos cuenten con el prospecto.

Si existiesen medicamentos que deben ser almacenados en frío, tienen que almacenarse en un refrigerador de uso exclusivo para medicamentos, con control de temperaturas, registro de éstas y con un riguroso manejo de la cadena de frío. Además, contar con supervisión directa del servicio de salud de la Red Asistencial correspondiente.

### ***Del o la responsable***

El encargado de la administración de medicamentos, debe ser quien cumpla con las siguientes labores:

- ✓ Gestionar el abastecimiento de medicamentos desde la Red Asistencial hacia la Residencia, de acuerdo a las indicaciones médicas.
- ✓ Velar por el correcto almacenamiento, entrega y uso de ellos.
- ✓ Mantener vigente nómina de quienes serán parte de la administración de medicamentos en cada turno, o jornada de trabajo.
- ✓ Mantener actualizado un inventario de los medicamentos en uso, considerando la administración de forma programada, uso previsto, o uso puntual en situación de crisis o morbilidad.
- ✓ Mantener el espacio físico para el almacenamiento, registros y administración de medicamentos, en condiciones adecuadas: limpio, ordenado, ventilado y seguro.
- ✓ Coordinar capacitaciones al personal si fuese necesario.
- ✓ Mantener de forma actualizada, clara, ordenada y catalogada:

- Formularios de solicitudes de medicamentos a la Red Asistencial.
- Inventario.
- Recetas.
- Registro de la administración (formulario, carpeta del NNA), en un tarjetón el cual contenga el nombre del menor, fármaco, dosis, horario; tachando las dosis ya administradas.
- Registro de tratamientos vigentes.
- Registro claro de las prescripciones de dosis: De continuación, de carga y dosis únicas.
- Formulario de notificación de sospecha de Reacciones adversas al medicamento (RAM).
- Registros de omisión de dosis, duración de tratamiento y monitorización.

### ***Principios de la Administración segura***

- ✓ Medicamento correcto.
- ✓ Paciente correcto.
- ✓ Dosis correcta.
- ✓ Hora correcta.
- ✓ Vía de administración correcta.
- ✓ Razón correcta.
- ✓ Yo preparo (Preparar usted mismo el medicamento).
- ✓ Yo administro (Administrar usted mismo el medicamento).
- ✓ Yo me responsabilizo (Tener responsabilidad de la administración).
- ✓ Yo registro (Registro correcto).

### **Procedimiento para la administración de medicamentos**

<p><b><u>Objetivo</u></b> Administrar medicamentos de manera segura</p>	<p><b><u>Responsable</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera.</li> <li>• Técnico de enfermería de nivel superior.</li> <li>• Paramédico con capacitación en administración de medicamentos.</li> </ul>
<p><b><u>Equipo</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos para realizar lavado de manos clínico (lavamanos, jabón, toalla de papel, basurero con tapa).</li> <li>• Indicación o receta.</li> </ul>	<p><b><u>Procedimiento</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar lavado clínico de manos.</li> <li>• Verificar los medicamentos correctos.</li> <li>• Realizar los “yo”.</li> <li>• Preparar al menor.</li> <li>• Explicarle el procedimiento.</li> <li>• Administrar el medicamento.</li> <li>• Contener emocionalmente al menor en caso de ser necesario.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiendo de la vía de administración: insumos necesarios.</li> <li>• Formularios para el registro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejarlo cómodo y tranquilo.</li> <li>• Eliminar el material sucio.</li> <li>• Realizar lavado de manos o higienización con alcohol gel.</li> <li>• Registrar el procedimiento en la tarjeta del menor y en los registros internos.</li> </ul>
---	--

### 5.6.3 Contención farmacológica en situaciones de crisis

El uso de **contención farmacológica para situaciones de crisis, debiese ser en lo ideal administrado por urgencias en los servicios de salud. Para ello debiesen activarse a tiempo los protocolos de derivación y urgencia respectivo frente a la alerta, ojalá prevenida de acuerdo a lo especificado en el punto 4.6.**

Ésta **debiese estar debidamente autorizada e indicada por la autoridad médica.** Esto es algo fundamental, ya que puede prevenir que el uso de medicamentos no esté contraindicado para la situación personal de cada niño o niña, lo que requiere – también – un continuo seguimiento por parte de la red de salud respectiva en los centros, evitando la sobre medicación en base a diagnósticos no coordinados.

Así también, **la administración de medicamentos en situaciones de crisis, debiese ser facultad exclusiva del personal médico.** Si el centro residencial al momento de la situación de crisis no lo presenta, ésta no debiese por ningún motivo aplicarse.

### 5.7 Intervención en crisis suicida<sup>16</sup>

Existen dos ámbitos de actuación en crisis frente a crisis suicida, inminente o no inminente.

Tipo de contención	Actividades claves
Contención en crisis inminente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir calma.</li> <li>• Apartar del medio letal.</li> <li>• Apartar del resto de los niños, niñas o adolescentes.</li> <li>• Aplicar protocolos evitando maniobras, actitudes traumatizantes.</li> <li>• Proporcionar compañía de una persona cercana para transporte e ingreso a hospital si fuera necesario.</li> </ul>

<sup>16</sup> Esta sección fue realizada gracias al aporte de Paulina del Río, presidenta de la Fundación José Ignacio, la cual realiza acciones de prevención de suicidio infanto juvenil.

Contención sin crisis inminente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar sus problemas prestando atención plena.</li> <li>• No juzgar ni dar soluciones.</li> <li>• Ofrecer apoyo, compañía.</li> <li>• Construir redes, involucrar a más personas que inspiren confianza.</li> <li>• Insistir en que se buscará ayuda JUNTOS/AS (la derivación no implica finalizar el apoyo = seguimiento).</li> </ul>
---------------------------------	---

## 5.8 Contención física

La contención física es un término polisémico (Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña , 2015) en donde los conceptos de “sujeción”, “contención mecánica”, “inmovilización” han sido utilizados de manera disímil y diferente en diferentes guías y normas. Es también un tema de alta discusión y debate por sus repercusiones sociales, éticas y por sus efectos negativos posteriores en las personas que la sufrieron (Vitolo, 2013).

Finalmente estaríamos hablando de la aplicación de fuerza física y restricción de libertades que estarían supuestamente justificadas bajo estrictas restricciones. La Joint Commission estadounidense <sup>17</sup> la define como “la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin la autorización del mismo, para restringir su libertad de movimientos. La fuerza física puede ser humana, mecánica o una combinación de ambas” (Joint Commision, 2007; citado en Vitolo, 2013, pág.3). De la misma manera otros organismos como Medicare<sup>18</sup>, la circunscribe como cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipamiento que inmovilice (...)con fines restrictivos para manejar la conducta del paciente” (Joint Commision, 2007; citado en Vitolo, 2013, pág.3).

La contención física no debiese aplicarse en centros residenciales de protección de derechos. El cambio del modelo de cuidado residencial, con foco en prevención como primer punto debiese ser razón suficiente para evitar la necesidad de su uso, en la gran mayoría de los perfiles de casos. Por su parte, la atención de niños/as con agitación psicomotora grave que la justifiquen, debiese ser en unidades residenciales especializadas con abordaje sanitario.

*“En un unidad hospitalaria nosotros sí usábamos contención física, pero con condiciones adecuadas para hacerlo, o sea, no se me ocurre hacer contención física sin las condiciones adecuadas ni personal, ni infraestructura, ni instrumental médico para poder manejar una complicación, no tiene sentido hacerlo porque es*

<sup>17</sup> ONG estadounidense que realiza procesos de acreditación a organizaciones y programas de atención médica de los EEUU.

<sup>18</sup> Programa estadounidense de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos

*una forma más bien represiva, más que de contención y entonces ahí de nuevo yo creo que se equivoca y me parece que cuando una ve el marco completo uno se dice "bueno, aquí lo que parece es que se trata de dar una solución a un problema que está mal estructurado desde el inicio" porque hay perfiles de usuarios que no deberías entrar en hogares de menores me refiero a enfermedades mentales y con riesgos difíciles de explicar que probablemente se requeriría otro tipo de dispositivo de tratamiento que no hiciera necesario contenerlos". (Panel de expertos/as)*

En este sentido, es necesario recordar que **la contención física siempre debe tenerse en cuenta como un mecanismo contraindicado para niños y niñas con trauma siendo solo aplicable en situaciones de urgencia.**

*"la contención física en niños con trauma está contraindicada, la única excepción es cuando ha habido una agresión, el niño está grave hacia sí mismo o hacia los otros". (Panel de expertos/as)*

Ahora bien, es necesario considerar el debate que existe sobre categorización y tipos de residencias. Tal como se profundizó anteriormente, el Ministerio de Salud y Sename han considerado la necesidad de residencias protegidas altamente especializadas para el abordaje de niños/as con alta complejidad, que hayan egresado de hospitalización de mediana o larga estadía del sector salud. Similar idea se considera en el programa de gobierno, al considerar residencias de alta complejidad que egresan de unidades hospitalarias y que requieren tratamientos ambulatorios posteriores.

Asimismo, cabe considerar que el modelo de residencias de alta complejidad del Hogar de Cristo (Hogar de Cristo, 2017), el borrador del reglamento del Ministerio de Salud y regulaciones como la española, mencionan a la contención física como una posible acción, estableciendo los requerimientos necesarios para ello.

Estamos entonces frente a la posible incorporación de unidades residenciales de alta especialidad en las que se considera la necesidad de utilizar la contención física como una posible acción, lo cual es un elemento clave a determinar ya que **hoy el actual protocolo no especifica diferencias en los tipos de centros o perfiles a los que se puede aplicar el procedimiento.**

*"Yo creo que hay otro elemento también que es el tema de dónde deben estar los niños de acuerdo a las características de nivel de daño, si lo quisieras poner en grado de vulneración, porque un niño o niña que requiere contención dada su situación física, psicológica debiera estar en un espacio precisamente protegido, que esté vista su situación de manera permanente pero si está en un grupo de 8, 10, 15, 100 niños, niñas más que tienen de todo tipo de situaciones evidentemente además eso facilita que pueda tener una crisis en sí misma. Por eso, primero que nada, precisamente cuando tu decías lo de los 5 profesionales*

*de salud en una casa de 10 niños, no es lógico porque esos 10 niños van a tener que ser similares para poder estar en ese espacio y debería haber espacios especializados para los niños que están con graves traumas y eso yo creo que lo primero que no pasa". (Panel de expertos/as)*

Independientemente de la ubicación institucional de estas unidades especializadas, si se adoptase en el debate, la contención física debiese ser un mecanismo **debidamente regulado y establecido siempre en el contexto de un recurso de última ratio**. Se recomienda tener como esquema de actuación cinco reglas indiscutibles que debiesen cumplirse para justificarla (Junta de Andalucía, 2016):

1. Ser indiscutible (responde a una necesidad evidente).
2. Ser indemne (sin riesgo para quien la aplica ni quien recibe).
3. Ser inmediata (sin retrasos y aplicada con agilidad y eficacia).
4. Ser inevitable (el último recurso ante un riesgo evidente).
5. Ser intachable (respetuosa con la persona y el procedimiento).

ILUSTRACIÓN 4: CINCO REGLAS PARA PODER APLICAR CONTENCIÓN FÍSICA



FUENTE: (JUNTA DE ANDALUCÍA, 2016).

Esto implica entender que es solamente aplicable en contextos que las situaciones lleguen a un punto tal, en donde realmente se tenga una urgencia, y ponga en peligro la propia integridad de los niños y niñas, así como la de la gente a su alrededor. Y cuando **todos los mecanismos de contención alternativos hayan sido realmente agotados, los que debiesen ser, de por sí, suficientes para atender la gran mayoría de situaciones de crisis.**

Todo el personal de la unidad residencial respectiva **debiese estar lo suficientemente capacitado para poder diagnosticar a tiempo las diversas señales que permiten**

**prever una eventual situación de crisis psicomotora grave que posiblemente requiera contención física.**

Esto es elemental para **activar protocolos de derivación de urgencia de manera oportuna y que el niño/a sea atendido por personal médico de la red de salud debidamente referenciada por el centro y así, evitar la contención física por parte de los funcionarios/as del centro.** Esto debería hacerse siempre de manera precautoria, y no solamente cuando sea evidente la necesidad de actuaciones más complejas, debido a la complejidad que presentan las crisis y sus múltiples formas de comportarse.

Una posible idea a evaluar de la Orientación Sename – Minsal del año 2008, es que la ubicación geográfica de las unidades residenciales de alta especialidad, se encuentren en un lugar cercano a la unidad de salud respectiva.

Es importante remarcar que la contención física **siempre debiese ser aplicada en el contexto de una indicación médica que lo autorice, a conocimiento del médico y ojalá en presencia de éste.** Esto es un elemento indispensable, para realmente restringirla a niños/as que presentan las condiciones médicas suficientes para que su aplicación sea factible, con una condición psicomotora grave que así lo justifique.

Siguiendo la experiencia internacional al respecto, la contención tendría que ser aplicada en **espacios específicamente acondicionados, seguros y preparados para aquello,** con criterios de utilización altamente pauteados por el servicio a cargo, y validados por todos los actores del sistema: Fiscalía, Defensor del Niño, Ministerio de Salud, etc.

Asimismo, todas estas unidades residenciales **debiesen estar acreditadas para tal efecto por el Ministerio de Salud y cumplir con todas las autorizaciones sanitarias que este organismo solicite.**

La contención física **tiene que ser aplicada por personal capacitado y especializado.** Puesto que es un procedimiento de carácter médico, existe consenso por los expertos/as de que **debe estar a cargo de personal médico.** Esto implicaría que si se adopta la decisión de tener unidades residenciales específicas para niños/as de alta complejidad éstos deberían contar con personal médico siempre disponible para su ejecución.

Esto tiene la complejidad de que haya personal médico permanentemente en todos los turnos de los centros residenciales de mayor complejidad, y que tendrían – además – un tamaño esperado de máximo 10 o 12 plazas, lo que claramente tendría un costo altísimo. Aun así, esto resulta indispensable, pero cabe analizar las necesidades reales de dotación de personal médico de acuerdo al procedimiento.

En este sentido, es necesario que este tipo de unidades residenciales **de mayor complejidad tengan un enfermero/a, técnico/a en enfermería, psicólogo/a u otro**

**similar que esté siempre disponible en turno.** Hay que tener en cuenta que la cantidad de niños y niñas institucionalizados debiese disminuir aún más, por lo que un posible aumento de costos derivados de este tipo de estándares, debiese ser contrarrestado con un menor número de niños/as en residencias.

De la misma manera, los **educadores/as deberían tener una calificación de técnico o profesional en carreras pertinentes debidamente preparadas y acreditadas.** No puede seguir existiendo la situación actual donde educadores/as o coordinadores/as de turno tengan sólo un nivel de formación de educación media. Para ello, se requiere **realizar todas las políticas de personal necesarias para fortalecer la formación previa al respecto, mejorar los procesos de selección y las remuneraciones de este tipo de cargos, y generar, con este marco, un proceso de fortalecimiento de la labor realizada por estos cargos, tanto en reconocimiento, retroalimentación de experiencias y políticas de autocuidado.**

**Todo el personal que pueda participar de procesos de contención física, debiese pasar por un proceso de precalificación y estar debidamente registrados/as.** Por ello, se recomienda que el servicio de protección fomente la transferencia técnica de sus protocolos en las carreras de formación y realice periódicamente cursos certificados por su cuenta o a través de agencias especializadas. Solamente los funcionarios/as que estén formados al respecto podrían acceder a este registro, siendo tarea del servicio a cargo asegurar una cantidad suficiente de personal registrado. **Este proceso de pre calificación debe tener evaluaciones psicológicas previas a los funcionarios/as para habilitarlos/as.**

El **procedimiento de contención debiese entonces ser dirigido por alguna persona con formación médica disponible en el centro y asistida por el personal técnico debidamente certificado para ello.** Ésta debiese ser dirigida por el personal médico, adaptando la necesidad real de personas involucradas de acuerdo a cada situación. Cabe destacar que éstas pueden deberse a distintas causales, que involucran diferentes niveles de reacción y agitación, por lo tanto, no se puede tener una respuesta estándar. Un protocolo debiese definir bien un árbol de posibilidades al respecto, el cual debiese ser altamente validado por todas las instituciones.

En caso de presentarse una situación de crisis, **un primer paso debiese ser intentar nuevamente mecanismos alternativos previos,** tales como la modificación de contextos, el abordaje verbal, las distracciones lúdicas, el retiro de personas y compañeros/as relacionados a la crisis, etc. (Junta de Andalucía, 2016).

En este contexto, se recomienda sugerir al niño o niña que asista a una zona de confort separada del centro, como medida de aislamiento, y darle un espacio para tranquilizarse, lo que debe estar continuamente monitoreado.

Solo si esto no es posible - o no tiene resultados - el equipo a cargo debiese prepararse para la aplicación de un procedimiento de contención física, **realizando una comprobación de seguridad** tanto en el espacio, en los elementos de los propios funcionarios/as (anillos, pulseras, collares, relojes), del niño, revisando las circunstancias físicas personales de éste y enlistando las acciones a realizar por el encargado/a respectivo.

**La contención física debiese ser solamente si hay, al momento de iniciar el procedimiento, indicios claros de resistencia, debiendo partir con una explicación por parte del encargado/a del procedimiento al niño/a.**

Por otra parte, **los funcionarios/as que no participen del procedimiento, tienen que preocuparse por el resto de niños y niñas**, con la finalidad de procurar la normalización del centro, **y alejarlos/as del lugar de la situación de crisis**. Paralelamente, se debiese **llamar de inmediato a los servicios de salud directamente referenciados**.

En este punto es necesario que **el Ministerio de Salud realice un real debate sobre los procedimientos sugeridos en sus normativas con respecto a la contención física**. Éstas fueron configuradas teniendo en cuenta un público general, y no específicamente han sido pensadas para niños, niñas y adolescentes con alto nivel de trauma.

Este aspecto fue altamente remarcado por los expertos, los cuales plantearon la necesidad de revisar estas normativas, y pusieron en cuestión el procedimiento estándar recomendado, teniendo la experiencia traumática que viven los niños y niñas institucionalizados. Asimismo, es necesario revisar cada uno de los subprocesos que pudiesen estar involucrados.

**Las técnicas de sujeción física debiesen ser proporcionales a la necesidad y a las características del niño/a**. El protocolo de Andalucía, por ejemplo, sugiere, en primera instancia, solamente la sujeción de muñecas y axilas (Junta de Andalucía, 2016). Otros autores recomiendan la adopción de una posición supina<sup>19</sup>, evitando presionar cuello, espalda o pecho, sin cubrir la cara, nariz o boca, y elevando el cabezal de la cama en lo posible (Greif & Treibel, 2017, pág. 212). Todos estos procedimientos merecen un debate ético y sanitario profundo.

Es necesario guardar silencio durante el procedimiento a excepción del encargado/a, tener especial cuidado con la cabeza para evitar que se golpee y/o muerda, y ojalá ser ejecutado por equipos mixtos.

---

<sup>19</sup> Posición anatómica del cuerpo acostado boca arriba, paralelo al suelo, con el cuello en posición neutra, miembros superiores extendidos pegados al tronco y manos hacia abajo. Las extremidades inferiores deben estar extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba

Luego es importante **trasladar a la persona a una zona especial, con condiciones de seguridad óptimas, para acompañar y no dejar nunca sola**, tranquilizándola constantemente, controlando signos vitales y revisando la situación periódicamente (cada 15-20 minutos). Pero siempre en el marco de un llamado anterior e inmediato a la red de salud para que se haga cargo si la situación es más compleja.

Mayores niveles de complejidad en los procesos de contención, como el uso de elementos mecánicos de contención o aislamiento, ya debiesen ser aplicados estrictamente por personal médico en las unidades correspondientes y nunca por funcionarios de residencias.

Asimismo, el protocolo tendría que especificar las **acciones posteriores a la realización de un proceso de contención**. Un primer paso posterior debiese ser la **comunicación inmediata del suceso al servicio de protección a cargo, representante judicial del niño o niña, Tribunal de Familia competente, oficina local de protección, etc.** De la misma manera, se debiese **registrar el suceso en un sistema informático que considere esta variable de manera especial**, a fin de retroalimentar los sistemas de monitoreo de los protocolos.

Por otra parte, el equipo a cargo de llevar el procedimiento, estaría obligado a revisar con detención cada uno de los pasos ejecutados, a fin de **autoevaluarlos**. Y, una vez terminado el procedimiento, y habiéndose revisado y atendido al niño o niña por el sistema de salud respectivo, se tendría que realizar un **plan de acción específico para el niño o niña** que considere todas las acciones psicosociales necesarias para enfrentar las posibles consecuencias del acto y de su situación particular.

## **5.9 Recomendaciones de regulación y gobernanza**

Una primera recomendación central en cuanto a regulación del protocolo es que se debiese **promulgarse un reglamento sanitario desde el Ministerio de Salud**. En su desarrollo sería necesario que participe el INDH, Defensoría de la Niñez, Sename, Ministerio de Desarrollo Social, UNICEF, entre otros, para alcanzar un nivel máximo de consenso y validación entre los actores. Su formulación debiese recoger la opinión de los equipos territoriales y regionales de las instituciones, así como la opinión de la sociedad civil al respecto. Por último, su borrador tendría que ser mostrado con antelación a su promulgación, a fin de recibir aportes desde la sociedad civil, expertos/as y otros.

Es fundamental que este reglamento considere la necesidad de mecanismos expeditos de derivación, referencia y contra referencia entre los centros y la red de salud, lo que debe ser acompañado con políticas de gestión de redes a nivel local, mecanismos de gestión de casos, y por supuesto servicios de salud disponibles y pertinentes a esta realidad.

**Desde la base de un reglamento sanitario claro, se debiesen generar las normas y protocolos necesarios para detallar los procedimientos.** Uno de los principales problemas en la fijación de protocolos de actuación es la capacidad que tienen éstos para finalmente ser adheridos y cumplidos por parte de quienes lo implementan. Por lo analizado en el actual protocolo, esto resulta un punto trascendental dado el poco nivel de consenso que existe para éste.

El informe del INDH también enfatiza este aspecto, citando al respecto un estudio que demostró que el 83.7% del personal conoce los protocolos, pero su adherencia fluctuaba entre un 19.5% y un 42.7% (Konijnendijk, Boere - boonekamp, Fleuren, Haasnoot, & Need, 2016) citado en INDH, 2018, pág.33).

La adherencia vendría dada más por la falta de hábito de uso. La cual **debe ser respondida mediante los procesos de pre-calificación y capacitación** recomendados también en el punto 4.11, que tendrían que considerar la práctica como elemento central.

Aun así, **el testimonio dado en las entrevistas también da cuenta de un bajo nivel de adherencia al actual protocolo por un bajo consenso técnico frente a éste.** Estamos, en este sentido, en un punto importante de diferencias y resistencias de implementación, normales en las políticas públicas, pero altamente sensibles en este tipo de ámbitos.

La teoría antropológica de las políticas públicas plantea que muchas veces lo diseñado por un funcionario/a a nivel central tiene un nivel de entendimiento y significado diametralmente distinto a los que finalmente los implementan (o a los que percibe el propio ciudadano/a) (Yanow, 2000). Además, pueden existir diversas tensiones de dinamismo sobre el nivel de definición de las reglas entre la estructura (que toma las decisiones) y los “implementadores” (Kooiman, 2004).

Para ello, se necesita que **la elaboración de los protocolos tenga procedimientos que permitan lograr un máximo nivel de consenso posible. Esto implica considerar instancias de participación multinivel** (centros, nivel de regiones, nivel nacional) que permitan discutir paso por paso las metodologías y prácticas más acordadas, así como el nivel de flexibilidad y adaptabilidad requeridas. Su elaboración requiere también de la **participación y validación externa de otros organismos de la sociedad civil, UNICEF e instituciones de Derechos Humanos.** Estos elementos debiesen ser fijados en la institucionalidad del servicio.

Por otra parte, **es importante que los protocolos tengan un sistema de monitoreo.** El protocolo tendría que fijar indicadores de medición de uso y estándares que sean continuamente monitoreados, y transparentados por Sename. Esto es fundamental para con un marco temporal adecuado se puedan realizar las adecuaciones y correcciones necesarias. Se recomienda que también su evaluación considere jornadas de discusión y retroalimentación entre el personal de distintos centros residenciales, a fin de evaluar y compartir las prácticas.

Asimismo, resulta importante **tener en cuenta ciertos parámetros de estructura, orden y claridad de los documentos**. Al respecto, se recomienda una estructuración que especifique primero las características de un modelo general con acciones comunes, y luego, por diferentes tipos de crisis, clasifique las acciones promocionales y preventivas respectivas, para luego dar paso a las acciones de respuesta. Se aconseja que cada procedimiento especifique de manera ordenada el problema, los objetivos, el alcance, las definiciones, actividades secuenciales, indicadores, referencias y autores; con el lenguaje más claro posible y ojalá acompañado con ilustraciones gráficas y herramientas como mapas de procesos, flujogramas o árboles de decisión.

Por último, es importante que los **protocolos tengan un continuo proceso de transferencia técnica**. Esto, como se mencionó anteriormente, debiese ser parte de los procesos de capacitación y pre - calificación del personal a cargo, pero su nivel de adherencia debiese ser considerado en los procesos de supervisión técnica por parte del Sename, como de otras instituciones que realicen inspecciones a los centros.

## **5.10 Recomendaciones para centros de justicia juvenil**

Los problemas revelados en esta materia dan cuenta de la urgente necesidad, primero, de **mejorar la regulación y los procedimientos con los que Gendarmería de Chile actúa frente a situaciones de crisis y conflictos**.

El Reglamento de la Ley N°20.084 establece la posibilidad de que este organismo pueda colaborar en el manejo de conflictos al interior de los centros (Artículo N° 139, letra c). Según esta normativa, la intervención de la guardia armada debe solicitarse por el funcionario con mayor jerarquía en el centro (Artículo N° 141) frente a situaciones de "conflictos críticos", reconocidos como hechos que ponen en "peligro inminente la vida o integridad física de los adolescentes y demás personas que se encuentren en el centro respectivo, tales como, motines, fugas, riñas, riesgo de autolesiones, lesiones o daños materiales, incendios, terremotos y otros sucesos de similar entidad" (Artículo N° 142). El uso de la fuerza se restringe a cuando se hayan agotado todos los medios de control pacíficos para la solución de los conflictos, no pudiendo ser humillantes y por un tiempo estrictamente necesario (Artículo N° 146).

El articulado del reglamento expone que el uso de la fuerza debe restringirse solamente cuando las acciones de contención pacíficas se hayan agotado. Sin embargo, **no restringe la posibilidad de llamar a la intervención de Gendarmería a condición de estos elementos**, pudiendo ingresar ésta cuando aún las situaciones de crisis son eventualmente contenibles a partir de mecanismos que no sean físicos, que debieran corresponder al personal de Sename. Esto queda claro en los relatos mencionados anteriormente, en donde se detallan las intervenciones de Gendarmería frente a diversas situaciones, no siendo muchas veces clara la pertinencia de su intervención, sobre todo en causales de lesiones autolesivas o en situaciones que requieren de contención emocional.

En este sentido, es urgente poder **delimitar de forma más detallada, en el reglamento o en algún protocolo más específico**, las facultades según niveles de gravedad de cada una de los conflictos señalados, que pueden requerir la intervención de Sename, y también las circunstancias especiales en las cuales se requieren intervenciones de mayor complejidad en las que pueda ingresar Gendarmería.

Aun así, los relatos mostrados anteriormente dan cuenta de que los procedimientos, una vez que ingresa Gendarmería, constituyen claramente hechos de tortura y apremios ilegítimos. El reglamento es claro diciendo que las intervenciones no deben ser humillantes para los adolescentes, lo que no se condice con los desnudos, maltratos, obligación de ejercicios, etc.

Esta situación, ya está bien analizada en el Informe Anual de DDHH del INDH del año 2017 (INDH, 2017). Según éste, el 17% de los gendarmes no supieron o no contestaron frente a la pregunta de cuáles eran los marcos normativos aplicables para ejercer, siendo este un alto porcentaje, teniendo en cuenta la necesidad de especialización del personal que se necesita para trabajar en justicia juvenil.

El Manual de derechos humanos de la función penitenciaria, plantea que los funcionarios que trabajen en estos centros debiesen pasar por un sistema de selección con procesos de transferencia técnica de las aptitudes necesarias para su tarea, y con apoyo constante para enfrentarla (Gendarmería, 2013). Sin embargo, la gran mayoría de la dotación provista para estos centros son los gendarmes con menos años de experiencia y capacitación, y son de primera entrada en su carrera.

Al respecto, se recomienda **generar un plan de acción, con participación del INDH, Defensoría de la Niñez, Subsecretaría de DDHH, División de Reinserción Social, Gendarmería, Defensoría Penal Pública y Sename que incluya un serio y urgente proceso de transferencia técnica** de los reglamentos vigentes a todos los gendarmes que hoy ejercen labores en los centros, así como de los procedimientos adecuados y prohibidos para realizar las intervenciones por conflictos o allanamientos.

También, se sugiere incluir la **realización de un manual técnico más detallado que permita un mejor abordaje, con una transferencia técnica constante que genere adherencia**. Por otro lado, se aconseja revisar y reforzar las mallas de formación de los gendarmes, estableciendo mejores criterios de selección de éstos, y sin discriminaciones laborales en la carrera de los que ejerzan su labor en este tipo de centros.

Esta labor debiese quedar señalada en los nuevos reglamentos de la Ley N°20.084 y **ser considerada como un marco de acción constante para la Política Nacional de Reinserción Social Juvenil, y su Plan de Acción**, contemplados en la reforma a la Ley N°20.084 y en la creación del nuevo Servicio de reinserción social juvenil.

De la misma forma, resulta indispensable mejorar los mecanismos de comunicación que tienen los jóvenes para denunciar situaciones de abuso en el uso de la fuerza, torturas y otros. Puesto que hoy los mecanismos existentes, el “buzón de quejas”, resultan claramente insuficientes frente a situaciones de esta magnitud, con la correspondiente asimetría de poder que tienen los jóvenes. En este sentido, se recomienda **generar un mecanismo de denuncia directo y protegido de los jóvenes frente a la Defensoría de la Niñez.**

Sin duda, la situación se acrecienta – también - por los diversos problemas institucionales que viven los centros. La constante falta de dotación disponible en los turnos genera que la capacidad de manejo de los educadores/as en turno se vea disminuida gravemente, lo que incide en una mayor probabilidad de llamados a la intervención de Gendarmería en casos que idealmente no corresponde. Esta es una situación que el proyecto de ley que crea el nuevo **Servicio de Reinserción Social Juvenil** debiese mejorar, incluyendo **nuevos dimensionamientos para el sistema de turnos del personal que interviene** (Coordinadores/as de turno, de casa, educadores/as, entre otros.) que eviten el uso prolongado de horas extras, así como una fuerte política de autocuidado.

Por otra parte, es indispensable mejorar la calidad del personal directivo e intermedio dentro de los centros, que manejan y coordinan las situaciones de crisis. Los centros de privación de libertad de justicia juvenil tienen una alta complejidad y muchas veces una alta cantidad de jóvenes (sobre todo en centros de la Región Metropolitana). Es **fundamental que el personal directivo y jefaturas técnicas tengan procesos de selección rigurosos**, recomendándose en ello que los cargos de dirección y jefatura técnica sean elegidos mediante sistema ADP.

Asimismo, resulta indispensable que los educadores/as de trato directo, coordinadores/as de casa y turno, tengan a lo menos -incluidos los que trabajan en turnos nocturnos- una carrera técnica o profesional asociada al ámbito, y que pasen por un proceso de pre calificación interno antes de poder ejercer. Esto debe ser acompañado con directrices de carrera interna que premien las capacitaciones, y experiencias de manera efectiva.

Otro tema relevado en los testimonios son las situaciones de ideación e intento suicida. Esta requiere de un marco de actuación preventivo y de reacción de particular especialización, en los cuales no solamente el personal médico de los centros esté capacitado, sino todos aquellos que intervienen con los jóvenes a fin de poder generar todas las acciones preventivas necesarias que requieren realizarse en esta materia.

Por ello, se recomienda **generar un proceso de transferencia técnica sobre prevención y actuación en materia de suicidio juvenil**, a educadores/as, coordinadores/as de casa y turno, entre otros. En esto, se recomienda incluir una

formación teórica – práctica sobre indicadores de alerta, mecanismos de actuación y reacción, y una constante retroalimentación clínica de los equipos.

Por último, también los relatos indicaron problemas en la situación de seguridad de los Centros de Régimen Semi cerrado, ya que en estos centros no participa Gendarmería, los funcionarios/as muchas veces se ven expuestos a situaciones riesgosas para ellos mismos y para los jóvenes que son complejas de contener. Esta situación afecta muchas veces la adherencia de los jóvenes a la sanción. Al respecto, se aconseja **realizar un catastro de la seguridad de los centros y generar un plan que permita abordar los mecanismos de seguridad pertinentes a cada centro**, principalmente a partir de revisiones de armas en las entradas, mayor dotación de guardias, etc.

## 6. CONCLUSIONES

Las opiniones y testimonios compilados en el presente informe técnico no hacen más que reforzar la grave situación que actualmente viven centros residenciales de protección y justicia juvenil a cargo del Estado, que ya ha denunciada por diversos informes internacionales y nacionales.

Hoy la forma de actuar de los centros residenciales frente a situaciones de crisis adopta muchas veces a la violencia naturalizada, siendo la contención física un mecanismo utilizado de forma altamente frecuente, como método de control y castigo.

Si bien el protocolo de actuación actual puede ser un avance en un ámbito ampliamente desregulado presenta al menos tres problemas sustantivos. En primer lugar, este instructivo se redactó sin mayor participación de profesionales diversos, tanto de la propia red local, regional y nacional del Sename o el Ministerio de Salud, ni validada por actores externos. En segundo lugar, es peligrosamente ambiguo al no especificar bien los ámbitos de aplicación, requisitos a cumplir y detalle de los procedimientos. Y, por último, no existen las condiciones para aplicarlo porque no se cuenta con los profesionales ni personal especializado para ejecutarlo.

Es importante avanzar en la formulación de reglamentos y protocolos con procesos de participación multinivel y validación por una serie de actores estratégicos, lo que es relevante para lograr un mayor nivel de adherencia a éstos. Asimismo, es importante que los protocolos tengan una forma clara de estructuración, especificando de mejor manera los ámbitos de aplicación y objetivos señalados.

Frente a la contención física se requiere, primero, definir realmente el rol institucional de Salud y Senda para la atención de los perfiles de casos más complejos. Así también, se necesita de una mejor especificación de su ámbito de aplicación individual e institucional, y la descripción detallada de los estándares de procedimiento, los cuales deben ser altamente consensuados entre los diferentes niveles del sistema y actores involucrados.

En este marco, se hace trascendente la **conformación de un reglamento sanitario de las residencias que cumpla y debata estándares óptimos de aplicación de una serie de acciones, permitiendo con ello tener un marco consensuado para la elaboración de protocolos y normas técnicas derivadas**. En este debate se debiera resolver la ubicación institucional de centros con alta complejidad y los procedimientos necesarios para llevarlo a cabo con pertinencia a los derechos de la niñez.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, K. (2016). *El miedo a los subordinados. Una teoría de la autoridad*. Santiago de Chile: LOM.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-254.
- Centro de Apego y Regulación Emocional. (2011). *El Modelo de Apego & Trauma Complejo para situaciones de institucionalización temprana*.
- Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña . (2015). *Documento de reflexión sobre contenciones* .
- Comité de los Derechos del Niño. (2011). *Observación General N°13 Derecho del niño a no ser objeto de violencia*.
- Comité de los Derechos del Niño. (2018). *Informe de la investigación relacionada a Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones*.
- Consejo Nacional de la Infancia. (2017). *Estudio: levantamiento de experiencias internacionales de reconversión residencial de protección especializada*. Obtenido de <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/Estudio-Levantamiento-de-Experiencias-Internacionales-de-Reconversi%C3%B3n-Residencial-de-Protecci%C3%B3n-Especializada.pdf>
- Consejo Nacional de la Infancia. (2018). *Análisis multivariable de Estudio Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Dieppe, C., & y otros. (2009). . Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. . *Emerg Med*.
- Diputación de Gispuzkoa. (2012). *Programa marco de acogimiento residencial de la diputación de Gispuzkoa*.
- Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C., & Valenzuela, E. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista Médica*

de Chile, 142(11). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100003>

- Gendarmería. (2013). *Manual de derechos humanos de la función penitenciaria*.
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. En F. V. Grífols, *Cuadernos de la Fundación Victor Grífols i Lucas N°13*. Barcelona.
- Gobierno de Cantabria. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*.
- Gobierno de Navarra. (2001). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la comunidad foral de Navarra*.
- Gobierno de Navarra. (2003). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la comunidad foral de Navarra*.
- Greif, V., & Treibel, M. (Junio de 2017). Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes. *Medicina Infantil*, 24(2), 208-213.
- Hogar de Cristo. (2017). *Del Dicho al Derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Dirección Social Nacional.
- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G., Buur, B., Smith, M., & Klavon, S. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*.
- INDH. (2017). *Informe Anual DDHH*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Lineamiento técnico de modalidades para la atención de NNA, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *guía de orientaciones para la Seguridad y Prevención de Situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes*.
- Joint Commision. (2007). *Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH) Oakbrook Terrace*.
- Junta de Andalucía. (2016). *Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*.
- Kooiman, J. (2004). Gobernar en Gobernanza. *Revista Instituciones y Desarrollo*(16).

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado*. EQUAR-E. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (S/A). *Manual de la Buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Obtenido de <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/infa36.pdf>
- MINSAL. (2003). *Medidas de contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora*.
- MINSAL. (2003). *Norma General Técnica sobre contención en psiquiatría*.
- MINSAL. (2007). *Orientaciones para la atención de población infantil y adolescente con vulneración de derechos e infractores de ley penal, con trastornos mentales (Incluye problemas de alcohol y drogas)*.
- MINSAL. (2017). *Informe de visitas a Centros Residenciales de Administración Directa*.
- Naciones Unidas. (1984). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*.
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Naciones Unidas. (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*.
- Norman, R., Munkhtsetseg, B., Rumma de, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Plos*.
- Rederio, H. (2000). Servicios sociales para menores en Francia. *Cuadernos de Trabajo social*(8), 43-63.
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n' est pas la douleur. *Series Mutations*, 142, 59.
- Seidenstücker, B., & Mutke, B. (2000). Servicios sociales para menores en Alemania. *Cuadernos de Trabajo Social*(8), 19-41.

SENAME. (2016). Anuario Estadístico 2016.

SENAME. (2017). *Anuario Estadístico*.

SENAME. (2018). *Catastro de la oferta programática del Servicio Nacional de Menores*.

SENAME. (2018). *Informe Auditoria Social*.

Servicio Especializado Historico de Bizkaia. (s/a). *Manual Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Obtenido de <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Manual%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20casos%20de%20desprotecci%C3%B3n%20infantil.pdf?idioma=CA>

UNICEF. (2014). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*.

Urrea, C. (2018). *Intervención psicoterapéutica con Educadores de Trato directo, que atienden a niños, niñas y adolescentes en Centros Residenciales del Servicio Nacional de Menores; una propuesta ética de cuidado como narrativa alternativa*. Universidad Mayor.

Vitolo, F. (2013). *Inmovilización física y contención racional de pacientes*. Biblioteca Virtual Norbe.

Williamson, J., & Greenberg, A. (2010). Families Not Orphanages. *Better Care Network Working Paper*, 6.

Yanow, D. (2000). *Conducting interpretive Policy Analysis*. *Sage University Papers*.