

RESPUESTAS CUESTIONARIO PANEL DE EXPERTOS

1. Respuestas a la pregunta 1: Análisis de caso

1	<p>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.</p> <p>En este sentido, el cuidado debe seguir la misma lógica, lo que supone dar seguridad y generar vínculos afectivos.</p> <p>En una situación de crisis, lo primero debiese ser la contención afectiva, para luego pedir ayuda a un especialista del área de la salud con entrenamiento en contención física. Cualquier persona no puede intervenir en la contención de situaciones de crisis ya que se debe tener conocimiento específico del niño o la niña, así como de protocolos de intervención validados.</p>
2	<p>La situación que culmina con la muerte de Lissette tiene su origen en una institucional que no reconoce la violencia con las que trata a los niños. Las declaraciones de la ex directora Nacional reflejan la indolencia y negación frente a los hechos acontecidos.</p> <p>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.</p> <p>Independiente que Lissette haya estado en un tratamiento fuera la institución nada de eso tiene efecto si el ambiente cotidiano la sigue maltratando. En estos caso externalizar la atención no siempre resulta lo más adecuado, sobre todo cuando el contexto es altamente vulnerador.</p> <p>Se observa un equipo fragmentando, sin capacidad para abordar conjuntamente el caso. Los profesionales parecen no acompañar suficientemente al personal de trato directo, que probablemente se ven sobrepasados.</p>

3	<p>No contar con personal idóneo y capacitado para trabajar con niñas y niños en situación de grave vulneración de derechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La indolencia de la Residencia (sus directivos), frente al permanente abuso de poder de los educadores y educadoras para con los niños y niñas. • No contar con los mecanismos y canales de comunicación expeditos y adecuados para enfrentar situaciones de descompensación y/o crisis de los niños y las niñas. • Total desproporcionalidad entre "cualquiera" fuera la falta cometida por Lisete (si es que cometió alguna), y la respuesta de las educadoras.
5	<p>Aparentemente los errores son varios, primero el perfil de las personas que están a cargo de los niñ@s no es coherente con lo que los niñ@s necesitan, ya que si existe un estado patológico que genera crisis de angustia y violencia la persona que debe estar a cargo de esto es un profesional de la salud capacitado, como por ejemplo un , enfermero o técnico en enfermería, dado que si la contención verbal y mecánica no es suficiente el paso que sigue es la medicamentosa, pero endovenosa o IM, bajo indicación médica SOS en un lugar adecuado para después dejar bajo el cuidado necesario post administración. Si en el caso mencionado, hubiera existido un protocolo de este tipo es probable que esto no hubiera pasado, ya que administración de fármacos detiene estos sucesos.</p>
6	<p>En un estudio realizado por el que escribe, donde se evaluó a niños (1-49 meses) provenientes de 3 CREAD (Santiago, Temuco y Concepción), se encontraron resultados altamente preocupantes. A través de procedimientos de observación altamente complejos, los resultados mostraron que, ya a esa edad, el 31% de los niños presentaban problemas clínicos en todas las dimensiones de su salud mental. Así mismo, los infantes se encontraban por debajo de lo esperado en casi todas las dimensiones del desarrollo general. Pero lo más preocupante es que, ya a esa edad, el 74% presentaban dificultades de apego inseguro y solo el 26% de apego seguro (lo inverso a la población normativa). Finalmente, encontramos que el 11% de las cuidadoras presentaba un estilo de cuidado altamente grave. A pesar de que este (y otros estudios realizados en FAE, CONIN, JUNJI y GENCHI) fueron financiados por el MDS, nunca se socializaron. Expreso lo anterior, ya que más allá de que la forma de regular a la niña va más allá de toda técnica de contención, ya que es lisa y llanamente MALTRATO FÍSICO/PSICOLÓGICO, es urgente modificar lo siguiente:</p>

	<p>1.-Proceso de selección riguroso de la historia temprana de apego y la salud mental de las cuidadoras (más allá de su nivel socio-económico y educativo)</p> <p>2.-Monitoreo (no enjuiciamiento) de las creencias, prácticas y niveles de estrés de las cuidadoras.</p> <p>3.-Revisión de la razón de niños: cuidadores (se ha demostrado que más de 5 niños X 1 cuidador, afecta negativamente el desarrollo del apego).</p> <p>4.-Evitar todo tipo de manejo de contención que sobre-estrese y active experiencias traumáticas en el infante (considerando el hecho que se ha demostrado que la propia internación es un trauma complejo constante y continuo).</p> <p>5.-Realizar un proceso de formación continua (simple, breve y didáctico) para las cuidadoras y todo el personal de las residencias.</p> <p>6.-Modificar todo los protocolos de acción de las residencias, de acuerdo a la evidencia científica.</p> <p>7.-Realizar instancias de autocuidado y manejo del estrés de las cuidadoras.</p> <p>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.</p>
7	<p>Niños y adolescentes con enfermedades mentales graves, que tienen riesgo de agitación psicomotora, no deberían internarse en CREAD ni en hogares de menores sino en centros de tratamiento de salud mental que permita un abordaje adecuado por un equipo profesional y técnico experto y con una infraestructura y equipamiento adecuado para su abordaje en márgenes de seguridad. Se deben implementar las unidades polivalentes. Las tías debieron llamar una ambulancia ante la crisis de agitación o a carabineros para trasladarla a una urgencia. No deberían hacerse maniobras de contención física en hogares ni cread.</p>
8	<p>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.</p> <p>Además estos protocolos son aplicados por personas que no tienen las competencias técnicas ni la capacitación necesarias para hacerlo. De ser necesaria su existencia, lo cual no me convence, debiesen ser aplicados por personal médico con conocimientos específicos de anatomía y reacciones clínicas a los diferentes procedimientos que se debiesen llevar a cabo.</p> <p>La contención es un concepto clínico, y para hacerlo de manera adecuada se requieren a 5 técnicos o profesionales de la salud.</p>

2. Respuestas a la pregunta 2: Análisis de protocolo de actuación frente a crisis

1	<p>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.</p> <p>Lo segundo, es que no se advierte que las personas que intervienen deban estar capacitadas y certificadas para el efecto.</p>
2	<p>Primero, el propio protocolo de MINSAL debería ser actualizado y requiere de una aproximación más pertinente a la situación de cuidado que se vive en los centros residenciales. Ello implica la revisión de competencias de profesionales y técnicos en base a la definir previamente el perfil requerido para cada uno de los adultos que tienen la responsabilidad del cuidado de NNA, especializados en tramos etarios, así como en necesidades específicas de NNA (edad; situación de discapacidad severa; gestantes o madres adolescentes; NNA con graves patología psiquiátrica que son pocos casos y no como se pretende decir que un % importante tiene dichos problemas).</p> <p>Definir el perfil y luego formar en las competencias que requiere ese perfil debe ser una inversión continúa, sujeta a procesos de evaluación serios, tanto de sus competencias como de su desempeño.</p>
3	<p>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.</p> <p>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.</p>
4	<p>1.-La definición de situación de crisis no está adaptada a la situación traumática de los niños en residencia, sino más bien a situaciones de 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.</p> <p>2.-Lo mismo cabe para el reglamento 570.</p> <p>3.-Las intervenciones de primer y segundo orden no se realizan en los CREAD,</p> <p>4.-Los pasos sugeridos no son acordes a niños con trauma complejo (ver punto 1). Dichos pasos se encuentran completamente desfocalizados de lo que es un proceso de contención frente a un episodio traumático. Cabe remarcar que los niños del SENAME no viven episodios traumáticas, sino que su propia experiencia cotidiana es un trauma constante.</p> <p>5.-El punto 2 de los pasos sugeridos está contraindicado para niños con Trauma Complejo.</p>

	<p>6.-El paso 3 es absolutamente contra-indicado, lo que demuestra que este protocolo no fue elaborado tomando en cuenta toda la evidencia sobre el trauma infantil.</p> <p>7.-En el paso 4, se menciona "si el riesgo es bajo...", lo que no ocurre en los niños de los CREAD.</p> <p>Por lo tanto, y metaforizando, es como hacer un protocolo de actuación de casos de personas con infarto cardiaco para sujetos con diabetes.</p>
5	<p>Las crisis se deben clasificar en leves (sin riesgo de agresión o auto agresión sino solo un estado emocional de angustia), moderadas (inquietud evidente, amenazas) y severas (estado de alteración de conciencia con conductas agresivas)</p> <p>El protocolo establece claramente cómo prevenir las crisis y ello resulta adecuado, así mismo establece la contención verbal para las crisis leves lo también resulta adecuado, sin embargo no corresponde la indicación de manejo de crisis moderadas o severas, dado que ellas no deberían ser resueltas por el personal de la residencia sino en un servicio de urgencia y más aún, no deberían estar en hogares o cread niños o jóvenes que presentan un claro riesgo de presentar crisis de agitación psicomotora.</p>
6	<p>Me parece que el protocolo está bien planteado, tanto en lo técnico como en lo práctico. Sin embargo las capacidades del personal de las residencias y la cantidad de casos complejos simultáneos no dan para cumplir lo que se establece aquí.</p>

3. Respuestas a la pregunta 3: Análisis del personal

1	Personal de la salud, certificada para el efecto.
2	<p>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.</p> <p>La sujeción de un NNA y de cualquier persona va en contra de sus derechos humanos y solo es posible, en la medida que se evita daño de una persona hacia sí misma u otra.</p> <p>Asimismo, los ETD requieren formación continua en el cuidado y atención de un NNA, partiendo por la formación en derechos humanos de NNA, el respeto y protección de ellos y ellas. La formación continua es a todo ETD y profesionales que trabajan para la protección de NNA. La profesionalización no es solo la entrega de herramientas a través de capacitaciones, sino también el acompañamiento y supervisión de los procesos de intervención de ETD y profesionales.</p> <p>Respecto a contención en sí mismo, está solo debería hacerla profesional de la salud, calificado- certificado y registrado en algún sistema de registro único que le reconoce tales competencias.</p>
3	<p>Técnicos con formación en contención a niñas y niños de manera de usarla solo en situaciones extremas</p> <p>Personal de salud especializado en trato con niñas y niños., de manera de asegurar que no ocurra ningún daño físico o psíquico</p> <p>Han de ser permanentemente evaluados y actualizados por Ministerio de Salud</p> <p>Han de tener trato permanente con niñas y niños, de manera que sean empáticos y conocedores del contexto de cada uno de ellos y ellas.</p>
4	<p>El personal a cargo parte de los cuidadores, debe haber técnico en enfermera o enfermera, ya que cuando se sale de control una persona y la contención verbal o mecánica no es suficiente. hay que actuar medicamente y del punto de vista de la enfermería mental.</p> <p>Los cuidadores deben tener estudios técnicos o profesional, ya que con cursos no es suficiente para actuar frente a estos episodios.</p>

	<p>1.-Comprensión de la dinámica de la experiencia traumática desorganizada (junto a mi equipo hemos desarrollado protocolos de evaluación de la misma).</p> <p>2.-Certificar la idoneidad del personal médico para el tratamiento farmacológico. Evidencias actuales han demostrado que el uso de psicofarmacos para tratar los "diversos trastornos" que suelen presentar los niños con trauma complejo, suelen no solo ser inefectivos sino iatrógenicos. 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.</p> <p>3.-Si cada residencia aplicara un programa de prevención del trauma, no sería necesario el accionar continuo de este tipo de contenciones físicas.</p>
5	<p>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 5 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 Seremía de salud para autorizar que se realice en determinado dispositivo y ello no corresponde al ámbito de un dispositivo de la red sename.</p>
6	<p>La contención física siempre debe ser realizada por profesionales o técnicos de la salud (técnico en enfermería, técnico paramédico, auxiliar de enfermería, etc.)</p>
7	<p>El documento Protocolo de actuación.... está dirigido a personal competente, que cuenta con condiciones laborales adecuadas para trabajar y acompañar a niños y niñas.</p> <p>Ninguna de las condiciones mínimas que se pueden deducir del texto, las cumple el Cread, por lo que el documento es una manera más de burlar los derechos de los niños y las niñas, y solo sirve para mostrarlo como habido, pero sin ninguna posibilidad de concretarlo.</p> <p>Un otro tema dice relación con el número de niñas/niños por educador/a; edad de niños y niñas; situación por la que están en la residencia; etc- Todos elementos claves, entre otros, que han de permitir una evaluación inicial que permita decidir, cuantos, con quien, etc.</p>