



**ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS**

**MODALIDAD**

**CENTROS DE REPARACIÓN ESPECIALIZADA DE**

**ADMINISTRACIÓN DIRECTA (CREAD)**

**PARA MAYORES**

Departamento de Protección de Derechos  
Servicio Nacional de Menores

Septiembre ,2013

## INDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
2.1	OBJETIVO GENERAL .....	3
2.2	PROPÓSITO .....	3
2.3	INDICADORES DE RESULTADOS. ....	3
<b>III.</b>	<b>LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>4</b>
3.1.	SUJETO DE ATENCIÓN .....	4
3.2.	VÍAS DE INGRESO .....	4
3.3.	COBERTURA Y FOCALIZACIÓN TERRITORIAL. ....	5
3.4.	TIEMPOS DE PERMANENCIA.....	5
3.5.	CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE TIPO REPARATORIAS DIRIGIDA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y ADULTOS RESPONSABLES. ....	5
3.5.1.	<i>Articulaciones territoriales</i> .....	7
3.5.2	<i>Enfoque de género</i> .....	7
<b>IV.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GENERAL DE TRABAJO EN EL CENTRO. ....</b>	<b>8</b>
4.1.	INGRESO Y ACOGIDA .....	8
4.2.	PROFUNDIZACIÓN DIAGNÓSTICA. ....	9
4.2.1.	<i>Análisis de los Resultados</i> .....	12
4.2.2.	<i>Devolución</i> .....	13
4.3.	DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN .....	13
4.4.	EJECUCIÓN DEL PII. ....	17
4.5	SEGUIMIENTO Y EGRESO.....	18
4.6.	INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD. ....	19
4.6.1	<i>Intervención orientada al logro de adherencia</i> .....	19
4.7.	PREPARACIÓN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE.....	22
<b>V.</b>	<b>DEFINICIONES GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UNIDAD DE SALUD .....</b>	<b>27</b>
5.1.	DEFINICIÓN DE UNIDAD DE SALUD .....	27
5.2	UNIDAD DE SALUD Y AUTORIZACIÓN SANITARIA.....	27
5.3	FUNCIONES DEL EQUIPO SANITARIO DE LA UNIDAD DE SALUD .....	28
5.4	EQUIPAMIENTO .....	31
5.5.	LINEAMIENTOS A CUMPLIR POR LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS CENTROS CREAD .....	31
5.6	SOBRE EL ACCESO A LA RED DE SALUD .....	34
5.7	PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES. ....	34
5.8	CONTROL DE JOVEN SANO .....	36
5.9	EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA .....	38
5.10	SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD .....	38
5.11.	PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER.....	40
5.12.	FICHA DE SALUD.....	42
5.12.1	<i>Registros en Senainfo</i> .....	43
5.12.2.	<i>Manejo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes</i> .....	45
5.13.	PRESENTACIÓN DEL PERSONAL DE UNIDAD DE SALUD .....	46
5.14.	PROCEDIMIENTOS PARA EL TRABAJO EN RED AL INTERIOR DEL CENTRO Y CON ACTORES DE LA RED LOCAL DE LAS UNIDADES DE SALUD.....	46

## I. INTRODUCCIÓN

El presente documento es complementario a las Orientaciones Técnicas Generales del Modelo Cread, por tanto pretende definir estrategias de intervención específicas para la población mayor a seis años de edad y menor a 18 años de edad, que ingrese a los centros Galvarino, Pudahuel, Entre Silos, Capullo, Nuevo Amanecer, Alborada y Playa Ancha. Estos centros son identificados como los centros de administración directa, del área de protección de derechos que brindan atención a la población mayor de seis años, siendo reconocidos como los Cread de mayores.

El ingreso de los niños, niñas o adolescentes, NNyA,<sup>1</sup> a los CREAD se efectuará por resolución judicial, sin embargo -cuando por razones de fuerza mayor- éste deba realizarse sin contar con ella, la Dirección del Centro asumirá como primer criterio otorgar la debida protección de sus derechos y solicitar en las próximas 48 horas al tribunal competente la orden de ingreso respectiva, acompañando todos los antecedentes de que dispongan.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo General

Contribuir a la restitución de derechos y la resignificación<sup>2</sup> de experiencias de vulneración presentes en la población infanto-adolescente en situaciones de alta complejidad y que requieran de una medida residencial por disposición de Tribunales de Familia.

### 2.2 Propósito

Reparar el daño que presentan NNyA, menores de 18 años derivados por juez competente del Tribunal de Familia, que cuentan con una medida de protección por ser expuestos a experiencias crónicas de vulneración de derechos.

### 2.3 Indicadores de Resultados.

- Porcentaje de NNyA con egresos por causales asociadas a la intervención que no reingresan en un periodo de 12 meses a centros de administración directa en relación al total de egresados.
- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección sin reingresos.

---

<sup>1</sup> En adelante NNyA.

<sup>2</sup> La resignificación, para estos efectos se entenderá como acciones orientadas a la restitución de derechos, superación de las secuelas (psicológicas, corporales, afectivas, conductuales) y reelaboración de las experiencias de grave vulneración de derechos vividas. Aporte Equipo Playa Ancha, V Región, SENAME, 2009.

- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección con PII logrado.
- Porcentaje de adolescentes egresados del sistema de protección que ingresan a medidas y sanciones del sistema justicia juvenil respecto del total de adolescentes egresados del sistema de protección.
- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección con menos de 12 meses de permanencia.
- Porcentaje de NNyA egresados que reciben intervención especializada respecto del total de NNyA egresados.
- Porcentajes de diagnósticos realizados en un tiempo menor a 30 días, en centros de administración directa.
- Porcentaje NNyA que cuentan con PII son atendidos en co-intervención.
- Porcentaje de propuestas para el egreso formuladas por equipos técnicos que son acogidas por tribunales respecto del total de propuestas de egreso.
- Porcentaje de talleres de competencias parentales realizados respecto del total de talleres de competencias parentales planificados
- Favorecer la construcción de un contexto protector en pro del bienestar psicológico y social del niño, niña y/o adolescente.

### III. LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS

#### 3.1. Sujeto de Atención

La intervención especializada de estos centros está dirigida a todos/as los NNyA mayores de 6 años y menores de 18 años, gravemente vulnerados en sus derechos que presentan situaciones de alta complejidad<sup>3</sup> y que requieren recibir atención bajo la modalidad residencial

#### 3.2. Vías de ingreso

Se establece como vía de ingreso la disposición de Tribunales de Familia competente para que adopte una medida a su respecto.

---

<sup>3</sup> De este modo, el énfasis está puesto, más que en la delimitación de criterios etarios –por ejemplo, el establecimiento de una edad mínima- en la presencia de indicadores de alta complejidad que ameriten la incorporación a los procesos de intervención reparatorios y, psico y socioeducativos cs. En todo caso, puede plantearse que en el caso de NNyA que aún viviendo situaciones de alta complejidad que se ajustarían a las de este programa, no han participado en procesos de intervención anteriores, pudiese considerarse su incorporación a programas de menor complejidad, tales como los Programas de Prevención Focalizada.

### **3.3. Cobertura y focalización territorial.**

La cobertura de los programas corresponde a la estimación de demanda de cada región. Respecto a la localización de los programas y los criterios de focalización, es necesario considerar:

- La jurisdicción territorial de las instancias judiciales pertinentes
- Circuitos de derivaciones, asegurando de este modo los procedimientos correspondientes para garantizar la protección de derechos.
- Se debe asegurar la accesibilidad a los servicios necesarios para los NNyA Ej. educación, salud, recreación u otros requeridos.

### **3.4. Tiempos de permanencia<sup>4</sup>**

Esta modalidad de atención cuenta con un tiempo de intervención de 24 meses, sin embargo el momento del egreso deberá estar definido por la superación de la situación de vulneración de derechos, razón por la cual podría extenderse en el caso de que el NNyA lo requirieran debido a la complejidad de las situaciones que se abordan. (Como por ejemplo los casos en que se preparan a éstos/as para la vida independiente, entre otros ) Se debe garantizar el resguardo de los derechos de protección de cada NNyA.

### **3.5. Criterios Metodológicos para el desarrollo de intervenciones de tipo reparatorias dirigida a niños, niñas y adolescentes y adultos responsables.**

Se propone la realización de un proceso de intervención permanente orientado a la reparación de daño, cuyo eje central se basa en la capacidad de responder a las necesidades particulares de cada NNyA y sus familias.

Se ha definido la intervención reparatoria, como un medio para lograr potenciar los recursos protectores de las familias y/o adultos significativos (intervención familiar) como asimismo el desarrollo de intervenciones individuales para cada NNyA ingresado/a con el objetivo de identificar y fortalecer los recursos individuales que presentan y que permitirán “sostener” el proceso de reparación del daño que presentan en su proceso de desarrollo asociado a la exposición a reiteradas experiencias vulneradoras.

La modalidad residencial por tanto debe ser visualizada por los equipos<sup>5</sup>, como un medio que permitirá resignificar los estilos de relación con los otros, otorgar un espacio de convivencia diaria centrado en el respeto, facilitar la vivencia de encontrarse en un ambiente protegido, estructurado y predecible con la finalidad que el NNyA logre predecir y controlar algunos elementos del medio que previo al ingreso, se encontraban desorganizados. Estas vivencias de contar con un espacio organizado debe permitir que

---

<sup>4</sup> Remitirse a orientaciones generales.

<sup>5</sup> Se entenderá por equipo del cread todos los funcionarios/as que desarrollan sus funciones al interior de cada centro

cada NNyA logre vivenciar que cuenta con la posibilidad real de reorientar su proceso de desarrollo, con la vivencia real de contar con recursos que les permitan impactar en el medio en el que se desarrollan.

Para el logro de aquello, el proceso de reparación de daño debe ser planificado y organizado, logrando que el equipo se articule y organice de modo de que todos los NNyA no sólo tomen conocimiento de las razones de su ingreso y permanencia, sino que además logren participar activamente en cada una de las acciones definidas para el logro del objetivo de la reparación.

Para ello los equipos deberán visualizar cada una de las acciones que desarrollen y que dejen de desarrollar, como medios facilitadores del proceso, o bien, como obstaculizadores del mismo. Al interior de los centros, se cuentan con equipos conformados por administrativos, técnicos y profesionales que comparten el mismo desafío, ello es lograr que cada NNyA retome su proceso de desarrollo en forma adecuada para el logro de la superación de las experiencias vulneradoras que han estado presentes en la mantención de las situaciones de vulneración de derecho.

Es entonces, la residencialidad el primer camino a emprender, siendo la rutina diaria, la relación permanente con los Educadores/as, el inicio del proceso de intervención. Los funcionarios/as deberán entonces no sólo responder a las necesidades y demandas de la población atendida, sino que generar todos los espacios que sean necesarios para conformar un equipo de trabajo articulado, organizado y coordinado. El conocimiento que logre cada educador/a con el NNyA debe ser compartido con los demás integrantes del equipo y éste/a, a su vez, debe ser retroalimentado por los otros integrantes del equipo que desarrollan otras actividades con el NNyA. Esta cadena y secuencia de los procesos permitirán que el NNyA perciba que se encuentra en un lugar protegido, con sentido y desafíos compartidos.

Cada centro debe responder a la entrega de calidad en la provisión de servicios, como es garantizar adecuada calidad de vida, entregando no sólo la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestuario y lugar donde residir sino que debe “humanizar y personalizar” este tipo de prestaciones de modo que éstas sean la base que permita legitimar el derecho de cada NNyA a mantener y desarrollar su auto imagen personal, a percibirse protegido y reconocido.

Todos los procedimientos para responder a la entrega de los requerimientos de vestuario para los NNyA están definidos en el documento Protocolización de la Atención de los Centros Cread.

En cuanto a las prestaciones psicológicas, sociales, educacionales, de salud, recreativas, es necesario destacar que éstas forman parte del proceso de intervención desarrollado orientado al logro de la reparación de daño. Éstas deben desarrollarse de acuerdo a lo definido en el documento Orientaciones Técnicas Generales, sin embargo, deben adecuarse al rango etario definido para esta modalidad de atención.

### **3.5.1. Articulaciones territoriales**

Se considera relevante la articulación con la o las instancias judiciales correspondientes (Tribunales, Ministerio Público u otras), con las policías (Carabineros de Chile, Investigaciones), programas de la Red SENAME que circunscriban su accionar en el territorio donde se encuentra emplazado el CREAD y/o resida la familia del niño/a, servicios de salud, colegios o escuelas, municipalidades y todos aquellos programas del estado que fortalezcan esta intervención ( por ejemplo Ingreso Ético Familiar<sup>6</sup>, Chile Crece Contigo, etc) , y -en general- con la red local o territorial existente. Todo esto, con el objetivo de desarrollar estrategias de intervención complementarias e integrales, tanto durante la permanencia del niño/a y/o adolescentes en el Centro, como una vez que se inserte fuera de él.

A lo menos, se espera que el CREAD se convierta en uno de los actores relevantes para la construcción de un sistema local de protección de derechos de la infancia.

### **3.5.2 Enfoque de género<sup>7 8</sup>**

En relación al enfoque de género, los centros deben permanentemente consignar la información desagregada por sexo, explicitando las similitudes y diferencias visualizadas entre niños y niñas que atienden. Al mismo tiempo, en cada uno de los informes y planes de intervención diseñados deben incorporar la variable género tendiente a desarrollar estrategias de abordaje diferenciada para niños y niñas, que de cuenta de las diferencias y/o similitudes de género encontradas en el diagnóstico. En esta misma línea es fundamental integrar dicha perspectiva de género en el plan desarrollado con los adultos que participan en los procesos.

Permanentemente el equipo debe además reflexionar y trabajar con NNyA los temas de los roles de género, auto-cuidado e igualdad de derechos. Por otra parte en las rutinas del centro deberá intervenir sobre aquellos acciones cotidianas que perpetúen las diferencias entre NNyA con el objeto de ir modificándolos paulatinamente

De igual manera, deben considerar la incorporación de este enfoque en los informes de avance e incluir, en el informe de evaluación anual, un análisis de género sobre la base del trabajo desarrollado a lo largo de un año. Esto permitirá dar cuenta de la relación entre la situación que motivó el ingreso, la gravedad del daño y el sexo de las personas afectadas, así como evidenciar en un análisis diferenciado, los diversos cambios experimentados, recursos disponibles para superar la causal de ingreso y tiempo de permanencia de niñas y niños.

---

<sup>6</sup> Se agradece el aporte de área de Gestión intersectorial, Deprode, 2013.

<sup>7</sup> Orientaciones Técnicas Preliminares: Especialización de los Centros de Administración Directa, Área de Protección de Derechos (Documento Preliminar), SENAME, 2009.

<sup>8</sup> Remitirse a orientaciones generales.

Es necesario mencionar que se deberá incentivar y facilitar siempre, la participación igualitaria de adultos significativos de ambos sexos en las diversas actividades que se realicen en el centro (entrevistas, talleres u otras), siempre y cuando esto no afecte el interés superior del niño/a. Esta consideración, responde a que empíricamente quienes se han involucrado mayoritariamente en la gestión de los centros han sido las mujeres (abuelas, tías, madres y otras). En aquellas situaciones en que la familia está sustentada por una mujer jefa de hogar, cobra especial relevancia la gestión de coordinación que el centro pueda realizar con instancias de la red local, a objeto de colaborar en su desarrollo integral.

Se deberá considerar la opinión de niños, niñas y adolescentes para la realización de las distintas actividades que desarrolla el centro, respetando sus intereses y evitando que los estereotipos de género coarten la posibilidad de participación de cada sexo (ej. consulta directa respecto de varias opciones de actividades, previo a programarlas, usando dibujos, fotografías, relatos o videos sobre cómo son y en qué consisten, sin sesgo de género). Asimismo, se debe propiciar que niños, niñas y adolescentes participen de manera igualitaria en la distribución de las tareas domésticas, en la utilización de los espacios de recreación, y en la definición de las actividades de talleres.

En relación al equipo de trabajo, considerar la posibilidad de contar con profesionales de ambos sexos trabajando en los Centros y que cuenten con conocimientos básicos en la aplicación del enfoque de género, ya sea por su propia experiencia o por estudios acreditados.

#### **IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GENERAL DE TRABAJO EN EL CENTRO<sup>9</sup>**

En el presente documento se explicitarán algunos de los elementos centrales para la población mayor de seis años y menor de 18 años de edad, de acuerdo a las necesidades particulares de este sujeto de atención.

##### **4.1. Ingreso y acogida<sup>10</sup>**

El ingreso formal al centro sólo se hace efectivo con una orden emanada desde el Tribunal de Familia.

En esta fase de intervención es necesario diferenciar acciones de tipo administrativas e intervenciones directas con el NNYA, sin embargo, las acciones administrativas deben desarrollarse en un marco de respeto y buen trato que permita que cada NNYA perciba la existencia de un ambiente protector.

---

<sup>9</sup> Consultar Documento Orientaciones Técnicas Generales del Modelo de Atención CREAD, marzo, 2013

<sup>10</sup> Consultar y adoptar procedimientos definido en Documento Protocolos de los Centros Cread, marzo, 2013

Cada jefatura técnica debe definir quién será el funcionario/a que asuma la tarea de recibir al NNyA que ingresa por primera vez o que reingresa, sin embargo, independiente de si es o no primera vez se debe brindar el espacio de acogida que permita recibirlo/a.

Este proceso de ingreso es una de las etapas relevantes del proceso de intervención, debido a que es el momento que se constituye en el primer acercamiento que tiene el NNyA con el centro, con su visión del recinto y con los funcionarios/as que desarrollan sus funciones en el Cread. En el caso de ser un reingreso, cobra, además, la relevancia de ser un momento en el cual el NNyA pondrá a prueba el vínculo que había establecido mientras permaneció anteriormente en el centro. En ambas situaciones se debe restablecer el tipo de relación, explicitar el encuadre de trabajo, utilizar el cuadernillo de Bienvenida y reforzar el marco de la protección de los derechos.

Frente a la situación de ingreso por primera vez al centro, es necesario que se realice la consulta en Base de Datos Senainfo, con el objetivo de evaluar en forma inmediata cuál ha sido la trayectoria de cada uno de los NNyA, ello permitirá evaluar el grado de exposición a situaciones de vulneraciones de derechos que han estado presentes en la vida de los NNyA y sus familias, cómo es la respuesta que se ha presentado frente a las intervenciones de los otros equipos, de modo de incorporar, desde esta fase, la hipótesis diagnóstica y definir estrategias de respuestas con mayores posibilidades de éxito.

Si la situación es reingreso, es indispensable que se tome en consideración las circunstancias asociadas a la realización del abandono de sistema, cómo se genera el reingreso, cuál es la motivación y necesidades/demandas que hoy presenta el NNyA que reingresa. Este proceso de análisis es indispensable para poder definir las acciones a desarrollar en el proceso de intervención a definir.

#### **4.2. Profundización Diagnóstica.**

El proceso de evaluación <sup>11</sup> requiere que se realice de acuerdo a lo definido para esta modalidad de atención, siendo indispensable considerar que el NNyA no ha sido responsable directo de las situaciones de vulneración que ha debido enfrentar, por tanto es urgente y necesario que se realice citación formal a los adultos responsables debido a que son éstos quienes deberán explicar cuáles han sido las circunstancias asociadas o presentes para no lograr brindar la protección de derechos que habrían evitado que el Tribunal de familia adoptara la medida de internación. Es indispensable que se trabaje en dicho contexto, debido a que los profesionales y educadores que se desempeñan al interior del centro, se encuentran demandados por el Tribunal competente que resolvió el ingreso de un caso a desarrollar las intervenciones que sean necesarias para resolver la situación de desprotección que presenta el menor de edad.

---

<sup>11</sup> Para los plazos del proceso diagnóstico remitirse a orientaciones generales y protocolización del modelo.

El proceso de profundización diagnóstica<sup>12</sup>, ha sido definido como **un proceso de evaluación que debe orientar el diseño del plan de intervención**, tanto en lo que refiere al quehacer del mismo centro, a acciones generales sugeridas a otros programas y actores, y a los modos de coordinación de éstos con el Centro. En esta fase de devolución, es importante que los equipos psicosociales puedan centrarse en las potencialidades y recursos con los que cuentan estos adultos o familias para el proceso de reparación. De manera tal que al momento de elaborar el PII pueda considerar lo que realmente existe para el trabajo de restitución de derechos y las familias tengan claridad sobre lo que se espera de ellos, de acuerdo a sus capacidades, aptitudes y habilidades<sup>13</sup>.

En resumen, entre los aspectos que deben indicarse en la profundización diagnóstica están:

- Aspectos centrales de procesos diagnósticos anteriores a nivel individual, familiar y socio comunitario.
- Antecedentes de procesos de intervención anteriores; indicación de principales logros y dificultades.
- Opinión del NNyA y sus figuras significativas respecto de su “historia institucional”.
- Es indispensable que en esta etapa del proceso, se evalúe existencia de retraso educacional y se visualice como prioridad cuál ha de ser la estrategia que se adopte a fin de iniciar el proceso de nivelación de estudios y por tanto resguardo del derecho a acceder a la educación, sea ésta educación formal o bien nivelación de estudios mediante la inscripción para rendir exámenes libres.
- Uso de instrumentos de evaluación social, psicológica y coordinaciones para evaluación psiquiátrica en caso de existir hipótesis de cuadros clínicos que requieran tratamiento médico. Sí como la evaluación de las competencias parentales de los adultos responsables y /o significativos de los NNyA a objeto de evaluar éstas y las posibilidades de recuperabilidad de la parentalidad.<sup>14</sup>
- Conjuntamente, cobra relevancia los antecedentes biográficos relacionados con el estado de salud, físico, sexual y mental. El análisis del estado de salud en forma oportuna, permitirá accionar los recursos de la red y del centro para garantizar el acceso a la salud que cada NNyA requiere. Cabe señalar que el grupo etario que ha sido definido como sujeto de atención de esta modalidad, se encuentra en dos etapas del desarrollo evolutivo que demandan contar con una consideración especial; la pubertad y adolescencia. En ambas se espera la emergencia de crisis emocionales producto de las necesidades del proceso de desarrollo y proceso de conformación de la identidad individual. Son etapas de crisis que se ven incrementadas por la exposición a situaciones de vulneración de derechos que requieren atención especial.
- Sobre salud y la llegada del niño/a debería estipularse una entrevista del tutor con el personal de salud. Actualmente la mayoría de los datos de salud se obtienen de

---

<sup>12</sup> Es necesario importante reafirmar que se debe contar con toda la información anterior al ingreso, para no re victimizar. Se agradece el aporte de área de Gestión intersectorial, Deprode, 2013

<sup>13</sup> Se agradecen aportes de la Dirección Regional Metropolitana, Cread Pudahuel, Galvarino y Casa Nacional

<sup>14</sup> El instrumento de evaluación se encuentra sugerido en las Orientaciones Técnicas Generales ( NCFAS- R )

la referencia entregada por los niños, no hay un adulto responsable que avale los datos entregados, sobre todo , los relacionados con patologías crónicas, centro de salud, alergias, etc<sup>15</sup>

En el ámbito de la psicología, es indispensable que se realice la evaluación clínica según lo esperado de acuerdo a la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentra el NNyA, independiente de la situación de vulneración identificada, como por ejemplo permanencia en calle, consumo de drogas/alcohol, violencia sexual (en cualquiera de sus formas), entre otras. Todas las posibles situaciones descritas u otras, deben ser incorporadas al momento de evaluar al NNyA como factores asociados al daño que éste/a presenta pero no como factores determinantes.

Por lo tanto, la evaluación psicológica debe contemplar la realización de evaluación clínica, con apoyo de psicometría. Siendo las pruebas exigibles aquellas que permiten evaluar coeficiente intelectual, WISC-R, WAIS, daño orgánico, Bender-Kopitz, evaluación de daño, vínculos (CAT-A o H, Test de la familia, PBLL--persona bajo la lluvia).

Los instrumentos a aplicar forman parte del proceso de evaluación clínica que debe ser considerada al momento de definir el PII que se ejecutará en el centro con o sin co intervención con otros.

En consideración a la experiencia de los equipos, respecto de la caracterización de los sujetos de atención que ingresan a esta modalidad, es indispensable que la evaluación psicológica contemple el impacto que ha tenido en cada NNyA la exposición a situaciones de vulneración en los ámbitos de auto concepto, auto imagen, desarrollo moral, capacidad de vincularse, imagen parental, control y modulación de afectos, identificación de recursos personales. Que de igual manera los instrumentos a emplear consideren la etapa de desarrollo y nivel de comprensión de los NNyA<sup>16</sup>

Respecto de los adultos responsables del cuidado del NNyA, se requiere que el profesional psicólogo/a realice al menos dos entrevistas clínicas en profundidad a la madre/padre o abuela o adulto significativo<sup>17</sup> del niño o niña de modo de evaluar estado de salud mental, recuperabilidad de la parentalidad, fortalezas , debilidades en su ejercicio y capacidades resilientes que presente. Ello ante la necesidad de incorporar en el PII estrategias de intervención adecuadas para el objetivo que se pretende alcanzar.

El proceso finaliza una vez que se ha logrado contar con los resultados de la evaluación y son traspasados y abordados con profesional trabajador social, de modo de realizar la integración, el análisis del caso que permita elaborar el Plan de Intervención.

---

<sup>15</sup> Se agradecen aportes de la Dirección Regional Metropolitana, Cread Pudahuel, Galvarino y Casa Nacional

<sup>16</sup> Se agradecen aportes de la Dirección Regional Metropolitana, Cread Pudahuel, Galvarino y Casa Nacional

<sup>17</sup> Es necesario importante reafirmar que se debe contar con toda la información anterior al ingreso, para no re victimizar. Se agradece el aporte de área de Gestión intersectorial, Deprode, 2013.

En el ámbito del trabajo social, es indispensable que al momento de ser asignado el caso se inicie el contacto con los progenitores y sólo en el caso de luego de haber iniciado la búsqueda, las citaciones y éstos no se presenten al centro, será posible iniciar el contacto con familiares extensos. Esta falta de contacto con los progenitores deberá ser parte del informe que se enviará a Tribunales y de uno de los objetivos a desarrollar en el plan de intervención con el NNYA.

El trabajo con los adultos debe responder a las necesidades de evaluar el tipo de relación vincular que se ha generado entre el NNYA y el adulto significativo, siendo recomendable utilizar como instrumento <sup>18</sup>de apoyo la metodología de entrevista de tipo semi-estructurada. Este tipo de entrevista debe permitir conocer cuál es la comprensión presente en el adulto respecto de la decisión del juez de adoptar como medida, la separación del NNYA de su grupo familiar, cuál es su motivación para participar en el proceso de intervención que se desarrollará en el centro, su visión particular de cómo ha impactado en la dinámica familiar el que uno de sus miembros se encuentre fuera del sistema familiar, cómo evalúa la situación actual, cómo visualiza que se desarrollará el proceso de intervención, cuál/es son sus expectativas hacia el NNYA, cuál es su compromiso en el proceso, entre otros.

Para el logro de una comprensión de los antecedentes familiares, de las situaciones probables asociadas a las vulneraciones de derecho se sugiere además el uso de técnicas como el genograma y eco-mapa, mapa de redes, observaciones participativas, análisis de fichas clínicas, en conjunto con los psicólogos y expedientes judiciales, check list de factores protectores y de stress, evaluación de riesgo. Este tipo de herramientas de apoyo permitirán identificar los factores de riesgos asociados y plantear hipótesis que permitan ejecutar un plan de tratamiento orientado a reparar el daño individual/familiar e interrumpir las situaciones de vulneración que han generado la complejidad de los casos.

#### **4.2.1. Análisis de los Resultados**

Los resultados de la evaluación deben ser presentados mediante la elaboración de un informe (antes de los 31 días de ingresado el caso) que dé cuenta del proceso desarrollado y a la solicitud que dio origen a la evaluación.

Respecto de las variables que permiten establecer un pronóstico del caso, se establecen factores vinculados a 5 áreas, según Intebi y Osnajanski (2006):

- Factores de vulnerabilidad infantil/ adolescente.
- Características del cuidador.
- Características del entorno familiar.
- Respuesta ante la intervención desarrollada por otros actores de la red local y al proceso de evaluación recientemente realizado.

---

<sup>18</sup> El instrumento recomendado para Evaluación de Competencias Parentales se encuentra indicado en las Orientaciones Técnicas Generales.

El trabajo conjunto y específico de cada uno de los profesionales responsables, psicólogo/trabajador social permitirá establecer una hipótesis diagnóstica y el consiguiente diseño del Plan de Intervención Individual (PII).

#### **4.2.2. Devolución**

Consiste en el cierre del proceso de diagnóstico con el adulto responsable y con el NNyA. Cabe señalar que este proceso de devolución se estima que debe ser por separado, de modo de evitar que el NNyA se perciba “entrampado” en algún tipo de conflicto de lealtades, atemorizado por percibirse indefenso y/o responsable de lo que le acontece. Sin embargo, es necesario señalar que en todos los casos se debe realizar una entrevista de devolución a cada NNyA y sus referentes adultos.

La entrevista de devolución consiste en seleccionar de toda la información, aquella que permita identificar los factores de vulnerabilidad que han estado presentes en el desarrollo de la vida del NNyA, tanto a nivel individual como a nivel familiar, siendo explícitos en señalar que el adulto es el encargado de proteger a los menores de edad y no viceversa. Abordar por tanto las características del cuidador/adulto responsable, análisis del contexto familiar retroalimentando factores de riesgo y recursos presentes en el sistema familiar, integrando la información que permita que el adulto integre la necesidad de participar en un proceso que les permita abordar las situaciones de desprotección para iniciar un proceso de reparación de daño con la consiguiente restitución de derechos.

En lo fundamental se espera que ésta se constituya en una instancia dinámica, dialógica y su principal sentido es transmitir la información recabada en forma veraz, estratégica, organizada y dosificada a quienes han sido los participantes del proceso y a quienes finalmente afectarán sus conclusiones.

#### **4.3. Diseño y ejecución de Planes de Intervención<sup>19</sup>**

El diseño de cada PII deberá contemplar intervenciones de modalidad individual con cada NNyA y familiar, con la participación de aquellos adultos que han sido identificados como personas significativas en la etapa anterior.

Como la ejecución del PII se desarrollará con el NNyA bajo modalidad residencial, dicho plan debe integrar las acciones que desarrollarán otros profesionales, técnicos y administrativos como profesores, terapeutas ocupacionales, médico general, médico psiquiatra, educadores/as, talleristas, entre otros. Por tanto, el PII de cada NNyA debe integrar el contexto en el cual se desarrollarán cada una de las intervenciones, siendo indispensable que todos los intervinientes cuenten con todos los antecedentes del caso.

---

<sup>19</sup> En Anexos se adjunta instrumento de registro del PII.

La evaluación realizada deberá entregar lineamientos claros a aquellos encargados del ámbito educacional, quienes en conjunto con profesionales psicólogo/trabajador social definirán bajo qué modalidad estará inscrito el NNyA para continuar sus estudios o bien para regularizar sus estudios, en caso de existir un retraso escolar de acuerdo a lo esperado en el rango etario en el que se encuentra. Sobre este último punto es necesario que todos los intervinientes tengan en consideración cómo se encuentra el NNyA para enfrentar la asistencia a escuela formal, en términos de no sentirse discriminado, incapaz de rendir según lo esperado, víctima de burlas por pares, entre otros. De evaluarse que el NNyA no se encuentra en condiciones de iniciar un proceso de asistencia regular al establecimiento educacional, se debe iniciar el proceso de inscripción para rendir exámenes libres más el refuerzo permanente de áreas de estudio.

Además, es necesario que la ejecución del plan de intervención incorpore el área de salud, en términos de la salud mental, sexual y física. En el caso de los NNyA, es necesario que ellos cuenten con la evaluación integral del estado de salud, sugiriéndose que se aplique en cada caso la Ficha CLAP<sup>20</sup>. La aplicación de esta ficha es responsabilidad del equipo de salud del centro, personal que en coordinación con trabajador social podrán contar con una evaluación integral de cada NNyA ingresado.

Todos los casos que se encuentren en proceso de intervención directa por médico psiquiatra, deberán participar además en procesos de psicoterapia, ello con el objetivo de apoyar el tratamiento y resignificar la asistencia a psiquiatría, la ingesta de medicamentos y elaborar las experiencias que están asociadas al daño. La población atendida deberá recibir atención médica tanto frente a enfermedades como preventivas como es por ejemplo el control médico en el ámbito de la sexualidad, a saber, control de natalidad, evaluación ginecológica y urológica.

En términos de recursos ocupacionales, se sugiere que sea profesional Terapeuta Ocupacional quien asuma y lidere el proceso de elaboración y supervisión de las rutinas, seleccione a aquellos NNyA que formarán parte de talleres de apresto pre laboral y oriente al adolescente para que éste/a pueda integrarse a un proceso de formación para la vida autónoma.

El estamento educadores, deberá conocer la conclusión e hipótesis diagnóstica de cada uno de los NNyA que se encuentran a su cargo, debido a ser necesario que éstos puedan contar con herramientas para poder intervenir a diario con los NNyA a su cargo. Para ello, se requiere que cada profesional, responsable del proceso de intervención de cada caso, realice las acciones de coordinación necesarias con el propósito que los educadores/as cuenten con todos los elementos que sean necesarios para lograr realizar un trabajo interdisciplinario y de apoyo permanente<sup>21</sup>. Cobra especial relevancia la entrega de información de aquellos NNyA que se encuentran en situación de larga permanencia, afectados por consumo de drogas/alcohol, víctimas de explotación sexual comercial, de

---

<sup>20</sup> Se Anexa Orientación Técnica de la Ficha y Formato de la Ficha CLAP

<sup>21</sup> Se agradece el aporte de área de Gestión intersectorial, Deprode, 2013.

cualquier tipo de violencia sexual, en situaciones de crisis emocionales severas como son descontrol emocional, ideación suicida, antecedentes de actos de tipo suicida, abandono parental. La función que se espera de los/as educadores es de co intervención debido a que interactúan a diario y por tanto cuentan con el conocimiento directo de cómo se manifiestan los problemas, las crisis en cada uno de los NNyA que se encuentran a su cargo. Se ha definido la intervención de los/as educadores/as como co intervención debido a que es la instancia que puede intervenir directamente en los NNyA, que su intervención es diaria y por ende la calidad de éstas es de vital importancia para el desarrollo del plan de intervención.

En cuanto a los NNyA que han sido expuestos a situaciones de violencia física y/o sexual, cabe señalar que el proceso de derivación a programas de la red de tipo reparatorio debe considerar las siguientes situaciones:

- Nivel de adherencia del NNyA al centro
- Capacidad del NNyA para enfrentar un proceso de atención reparatoria
- Visualizar, previo a la derivación, la existencia de vacante inmediata al proyecto especializado.

La experiencia actual de los Cread, da cuenta de la dificultad de lograr que los NNyA que han presentado conductas de calle, victimización asociada a explotación sexual comercial, consumo problemático de drogas, víctimas de violencia sexual (sin tratamiento previo), presenten adherencia a la modalidad residencial. Esta escasa adherencia está asociada a la dificultad que éstos presentan de reconocerse como víctimas, tienden a rechazar todo tipo de intervención, centrándose sólo en la búsqueda de alternativas para realizar abandono de sistema. Frente a estas situaciones se estima necesario NO derivar a intervención a proyecto especializado de modalidad ambulatoria, mientras no se logre, a través de las atenciones, bajo modalidad adherencia u otra, desarrollado al interior del Cread, contar con una relación de confianza de mayor vinculación con el NNyA. Cabe señalar que todos los NNyA ingresados a esta modalidad presentan niveles de complejidad de relevancia clínica como trastornos conductuales severos, sintomatología aguda, resistencia de establecer relaciones de apego con los adultos, refractariedad a permanecer en modalidad residencial, entre otros. Por ello se hace necesario realizar intervenciones desde ámbito psicosocial, psicoterapéutico previamente con el objetivo de trabajar el sentido de iniciar un proceso de atención centrado en la reparación del daño asociado a la victimización.

En cuanto a la capacidad del NNyA para enfrentar un proceso de reparación orientado a interrumpir las situaciones de exposición a calle, de explotación sexual comercial, se ha observado que los equipos de los CREAD deben activar respuestas orientadas a lograr la protección, siendo en muchas ocasiones presionados por los NNyA a “dejarlos ser”, por tanto cuando por ejemplo se interviene con el objetivo de limitar las conductas de evasión responden en forma agresiva. Este tipo de reacciones deben ser abordadas dentro de un proceso de trabajo sistemático realizado por profesionales trabajadores sociales, psicólogos y educadores de modo de lograr paulatinamente establecer relaciones de

confianza y apoyo directo frente a los sentimientos de miedo, rabia, impotencia entre otros.

Finalmente, es responsabilidad del trabajador social lograr ubicar una vacante para concretizar el momento en el cual se pueda concretar la derivación y tal vez ello suceda luego de realizar una serie de intervenciones orientadas a reforzar vinculación, a disminuir sintomatología, a reforzar sentimientos de confianza y seguridad, entre otros.

El concepto de co intervención para esta modalidad de atención, debe ser comprendida como las acciones que realizan entre dos o más instancias que intervienen para el logro del proceso de reparación de daño en un caso particular y que por tanto se comparte un objetivo común definido en el PII. Esta conceptualización no se restringe a una derivación coordinada sino al trabajo en conjunto que se realiza.

De este modo, los Planes de Intervención deben recoger las hipótesis y orientaciones iniciales para la intervención planteadas en el proceso de profundización diagnóstica y responder en términos operativos a ellas, incluyendo:

- **Ámbitos de la intervención:** señalando resumidamente antecedentes diagnósticos a nivel individual, familiar y socio-comunitario.
- **Objetivos de la intervención para cada ámbito:** se sugiere que éstos sean planteados en términos positivos (apuntando al logro deseado); concretos y observables; que sean factibles de ser alcanzados (es decir, asociados a posibilidades de control por parte del sujeto de atención y del equipo de trabajo); y que cuenten con la participación y aprobación por parte del niño/a o adolescente y sus referentes significativos.
- **Acciones o estrategias para cada objetivo:** Estas acciones deben estar establecidas de modo tal de quedar claramente desprendidas de cada objetivo.
- **Responsables del desarrollo de cada acción:** señalando el/la o los/as miembros del equipo encargados de su ejecución.
- **Plazos de ejecución para cada acción.**
- **Indicadores de logro para cada objetivo:** que sean observables y respondan a los objetivos planteados, al mismo tiempo que concordados con el sujeto de atención y sus referentes significativos.

De este modo, el PII define el marco para un proceso de intervención diseñado a la medida del niño, niña o adolescente atendido, el que se inserta y utiliza elementos del plan psico y socioeducativo general del centro, si bien puede utilizar otros recursos que se encuentren fuera de éste.

Para el logro esperado, el desarrollo adecuado del PII implica la coordinación y el consenso de criterios con el equipo profesional y la participación activa de todo el equipo del centro<sup>22</sup>, quienes cobran una relevancia fundamental para apoyar al niño/a o

---

<sup>22</sup> Se entenderá por todo el equipo del centro, los profesionales responsables de cada caso, jefatura técnica, educadores/as, jefatura administrativa, talleristas, profesores, dirección del centro.

adolescente en la búsqueda de un sentido real y propio para concretar la posible derivación.

#### **4.4. Ejecución del PII.**

Esta fase consiste en el desarrollo del PII. Debe entenderse como un proceso dirigido inicialmente desde el equipo tratante, pero sostenido sobre un principio de flexibilidad y participación, lo que puede implicar la modificación de lo planificado en el PII inicialmente.

El tratamiento debe enfatizar al mismo tiempo el fortalecimiento permanente de la relación vincular e incorporar como parte del proceso las manifestaciones de ambivalencia y “resistencia” a la intervención profesional o la generación de tensiones que pudiesen poner en riesgo el vínculo establecido.

En consideración a la complejidad de la tarea a emprender en cada caso, es importante tener presente que deben garantizarse condiciones básicas para iniciar un tratamiento, así como el desarrollo de acciones innovadoras que se dirijan cada vez más a potenciar la vinculación y a generar bases sólidas para la intervención. Por otra parte, el tratamiento desde la integralidad requiere una permanente coordinación interna y con otros actores locales que apunte a dar una orientación coherente a las intervenciones realizadas en los distintos niveles.

El plan de trabajo debe ser registrado en la carpeta individual. Es necesario señalar que la evaluación que el equipo realice de los avances y/o retrocesos del proceso pueden ser visualizados claramente en un tiempo de 24 meses. En caso de no visualizar avances es importante se deben realizar reuniones de supervisión de las acciones tendientes a la búsqueda de alternativas reales que ofrecer al niño/a o adolescente atendido, para ser modificado y retroalimentado en razón de las necesidades que se presenten. Como instrumento dinámico, se ha definido que el proceso de intervención desarrollado debe ser evaluado cada tres meses, según lo exige la Ley, debiendo realizar las modificaciones que sean necesarias para dar continuidad al proceso, incorporando documento de seguimiento y evaluación del PII en carpeta, de modo que los registros den cuenta de los avances o retrocesos, replanteamiento de objetivos, entre otros.

Lo anterior implica por lo tanto, la definición de las limitaciones de la intervención y junto con ello, las necesarias coordinaciones con la oferta de atención existente para dar consistencia a los procesos de atención desarrollados en el centro.<sup>23</sup> Cabe señalar que la atención a los NNyA debe ser semanal más la atención de sus adultos referentes al menos cada quince días.

---

<sup>23</sup> Aporte Centro Nuevo Amanecer, VIII Región, SENAME, 2009.

## 4.5 Seguimiento y Egreso

Esta fase es considerada como parte del PII; sin embargo, implica el desarrollo de una serie de acciones diferenciadas como proceso de cierre de la intervención, que incluye - entre otros- la progresiva autonomía del niño/a o adolescente y la familia o adulto significativo respecto del Centro, logro de los objetivos planteados en el PII y del resultado del proceso de acercamiento y/o integración familiar del NNyA.

El seguimiento<sup>24</sup> consiste en el monitoreo planificado y sistemático de los logros o cambios desarrollados a lo largo del proceso de intervención, y en coherencia con los objetivos establecidos en el PII; aquí, la realización de entrevistas de seguimiento al niño/a o adolescente y sus referentes protectores –en las dependencias del Programa o a través de visitas domiciliarias, así como la coordinación con actores locales e institucionales relevantes en la continuidad de los procesos de intervención, resultan estrategias fundamentales.

Dentro de las acciones útiles y necesarias para dar inicio a un proceso de seguimiento está la solicitud al Tribunal de interrupción gradual y/o definitiva de la medida de residencialidad al interior del Centro, asumiéndose la responsabilidad de monitoreo del caso por parte del equipo, lo que implica que el egreso no se corresponderá necesariamente con el término de la intervención.

**El egreso** consiste en la formalización del cierre del proceso de intervención a partir de la observación de continuidad del cumplimiento de los objetivos previstos en el PII, luego de un período de seguimiento estimado entre tres y seis meses.<sup>25</sup>

Es necesario destacar que el/la Director/a del Centro y/o el/la Jefe/a Técnico/a es la figura responsable de evaluar el proceso de trabajo realizado por los equipos para cada caso atendido, así como de la formalización del egreso.

Para el seguimiento, el equipo diseñará un **plan específico**, de acuerdo a las particularidades de cada caso, y elaborará un informe de egreso que se sumará a los antecedentes del proceso de intervención, lo que en la coordinación con Tribunales de Familia, servirá como solicitud formal del egreso del Centro.

Luego, este plan de egreso debe considerar:

- Ámbitos de la intervención y objetivos a ser monitoreados.
- Estrategias de seguimiento para cada ámbito de intervención (individual, familiar y sociocomunitario) tanto en lo referido a acciones directas del Centro con el niño/a o adolescente y sus figuras significativas, como otras que requieran la coordinación con diversos actores.

---

<sup>24</sup> Se anexa Instrumento de Registro para el Seguimiento del PII.

<sup>25</sup> Tiempo que debe estar considerado dentro de las estimaciones del PII.

- Frecuencia de las estrategias o acciones planteadas.
- Responsables del desarrollo de cada estrategia.
- Duración total del proceso de seguimiento.

Tanto el Plan como el informe de egreso deberán ser registrados en la carpeta de antecedentes del niño, niña y/o adolescente.

#### **4.6. Intervenciones especializadas para el abordaje de situaciones de alta complejidad.**

##### **4.6.1 Intervención orientada al logro de adherencia**

Este tipo de modalidad de intervención debe desarrollarse en forma paralela en las distintas fases de intervención. Se centra en población que presenta características de alta complejidad y baja adherencia a las intervenciones en el ámbito residencial, por lo que, cada una de las fases de intervención deben contener todos los pasos que se establecen en las Orientaciones Técnicas Generales.

Los sujetos de atención que deberán ingresar desde el primer contacto bajo esta modalidad, son los que presentan las siguientes situaciones:

- a) NNYA con permanencia residencial de más de cinco años.
- b) Víctima de explotación sexual comercial infantil, sin interrupción al momento del ingreso, es decir sin contar con la protección lograda debido a que se mantiene en dicha situación.
- c) Consumo problemático de drogas/alcohol presente al momento del ingreso.
- d) Permanencia en calle al momento del ingreso.
- e) Ingreso al centro con agitación psicomotora y/o crisis emocional aguda.
- f) Presencia de conductas asociadas a infracción de ley al momento del ingreso que ubican al NNYA como caso de connotación pública.
- g) NNYA que presenten cronicidad de vulneración de derechos.
- h) Otro criterio a tener en cuenta, son los NNYA con reiterados abandonos de sistema de otras residencias.

Durante el desarrollo de esta fase de análisis/ingreso, el equipo debe propender a que los antecedentes preliminares que se posean, puedan dar cuenta de algunas características del niño, niña y/o adolescente que puedan prever una posible baja adherencia a intervenciones de tipo residencial, para esto resulta fundamental apoyarse de la información que arroja la Base de Datos Senainfo.

Este tipo de intervención tiene por finalidad adoptar procedimientos técnicos y administrativos que faciliten y/o permitan asegurar desde el primer momento la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en el programa, con la finalidad de concretizar con ellos intervenciones de tipo reparatorias interrumpiendo las situaciones de vulneración de derechos-

Si al momento del ingreso del NNyA, se evalúa la existencia de alta probabilidad de abandono de sistema, se debe adoptar, en forma inmediata, el traslado da un espacio físico habilitado en cada centro (que brinde mayor protección) para desarrollar intervenciones centradas en el logro de la adherencia.

Estas dependencias deben encontrarse habilitadas para el desarrollo del proceso en su interior<sup>26</sup>

El proceso de intervención se inicia desde el ingreso del NNyA al centro, siendo necesario mantener desde el educador una supervisión directa y permanente control. La intervención de apoyo que se debe activar inmediatamente es la atención desde el personal de salud, quien deberá entregar lineamientos de acción al estamento educadores para coordinar acciones y garantizar la protección de los derechos al/os NNyA

El proceso de acogida definido en la modalidad de atención Cread, en este tipo de intervención exige que el proceso se extienda, debido a que es necesario profundizar en el uso del Cuadernillo de Bienvenida en al menos el primer mes desde el ingreso, intervenir permanentemente para que se logre generar un espacio de encuentro con el otro que permita que el NNyA perciba que existe un interés por conocerlo/a, se sienta seguro y valorado, evitando emitir juicios que parecieran amenazantes o descalificadores. El encargado de este proceso debe estar dispuesto a enfrentar las dificultades y de manera cariñosa pero firme debe realizar el cuadro del proceso que se inicia, buscando lograr la estabilidad emocional.

Siempre las condiciones que el adulto debe generar tienen que ser facilitadoras del proceso de adaptación que se inicia, logrando profundizar en algunos aspectos que permitan definir estrategias preliminares que aseguren el poder realizar el proceso de atención que se requiere.

Cabe destacar que durante esta fase y de acuerdo a las condiciones en que haya ingresado el niño, niña y/o adolescente, se debe proceder a satisfacer de inmediato sus necesidades básicas, principalmente de alimentación, higiene personal, vestuario, contención emocional y descanso.

Cada uno de los funcionarios/as que interactúan con el NNyA, deben asumir la responsabilidad de “estar disponibles” para acoger las demandas y requerimiento que se les plantean e intervenir en ello. Es decir, se espera que aquellas demandas planteadas que no se puedan satisfacer puedan ser acogidas y abordadas de tal manera que se facilite la resignificación en forma permanente y clara.

Los trabajadores sociales se deben contactar en forma inmediata con familiares y/o adultos significativos en caso de que estos no acompañen el ingreso del niño, niña y/o adolescente (de corresponder de acuerdo a lo ordenado por Tribunal). En caso de

---

<sup>26</sup> Ver Documento Protocolarización de la atención en Modelo Cread, Deprode, marzo 2013

encontrarse acompañados por un adulto significativo, éstos deberán realizar de inmediato entrevista de ingreso, acogida y encuadre.

El proceso de evaluación diagnóstica debe realizarse en estas dependencias, al igual que el diseño y ejecución del PII. Bajo esta modalidad de intervención debe permanecer no más de seis meses, debido a que en dicho transcurso de tiempo se espera que el NNyA logre reducir su comportamiento agresivo, ejercer mejor control sobre sus impulsos, comprender las razones por las cuales ha sido necesario adoptar este tipo de intervenciones. El tiempo y acciones definidas para dar cumplimiento al diagnóstico, elaboración de PII se rige de acuerdo a lo definido en las Orientaciones Técnicas Generales.

Los profesionales que están a cargo del diagnóstico, deberán continuar con el proceso de intervención, ejecución del PII, siendo necesario que en forma diaria realicen intervenciones directas al NNyA, ello con el objetivo de lograr generar una relación de vínculo y confianza que permita intervenir para el logro de adherencia.

Para los casos que se encuentren en proceso de adherencia, durante un periodo de cuatro meses, las intervenciones deben estar centradas en la obtención de antecedentes que permitan no sólo dar respuesta para elaborar el diagnóstico y luego el diseño del PII, sino que facilite además, la interacción entre el NNyA y los integrantes del equipo que se relacionan directamente con él o ella, permita evaluar con mayor precisión con quiénes de los familiares efectivamente se puede realizar un trabajo de intervención familiar y visualizar calidad de las respuestas y logros obtenidos con el niño, niña o joven.

Esta modalidad de atención exige la participación activa desde los distintos estamentos del centro, siendo prioritario que los profesionales, técnicos y/o administrativos no sólo respondan a las exigencias de atención sino que cuenten con la coordinación necesaria para ejecutar el PII de acuerdo a las necesidades particulares de cada caso. Deben ser parte del proceso de intervención a lo menos los siguientes cargos:

- \*Psicólogos
- \*Trabajadores Sociales
- \*Terapeutas Ocupacionales<sup>27</sup>
- \*Profesores
- \*Talleristas
- \*Auxiliares de enfermería/paramédicos/enfermeras.

Durante la permanencia del NNyA bajo esta modalidad de intervención se debe brindar apoyo personalizado y constante, así como también permita contener situaciones de descompensación tanto física como emocional, favoreciendo acciones protectoras y preventivas.

---

<sup>27</sup> Si en el centro no se encuentra el cargo de Terapeuta Ocupacional se requiere que se realice coordinación con las Universidades de modo de intencionar la posibilidad de contar con alumnos en práctica.

Los psicólogos deberán iniciar el proceso de contención emocional y psicológica una vez que el NNyA, se encuentre en el espacio físico determinado para realizar el proceso de adherencia, esta intervención será en forma individual, todos los días, los primeros 5 días del ingreso, siendo re evaluados los tiempos de atención psicológica individual de acuerdo a requerimiento del caso (al menos dos veces por semana). La intervención del profesional psicólogo debe considerar la realización de un proceso de psicoterapia individual, centrándose inicialmente en el establecimiento de una relación terapéutica, definiendo no sólo el/los días de atención sino que el horario, tiempo y encuadre de trabajo.

Área de Educación, psicopedagogía y/o terapeuta ocupacional, realizarán la evaluación correspondiente a cada área.

Terapeuta Ocupacional (de existir), Coordinador de casa y/o quien determine la jefatura técnica será la responsable de reforzar y apoyar el proceso de conformación de la rutina diaria diferenciada, centrada en favorecer la adherencia a los procesos así como a la contención y acompañamiento emocional permanente. Esta debe contener los elementos centrales de la Rutina planteada para el modelo CREAD relacionada con el enfoque de la Socio Ocupación, debiendo contener:

- Actividades de la vida diaria
- Actividades instrumentales de la vida diaria
- Descanso y Sueño
- Apresto y Educación
- Talleres
- Juego y recreación
- Tiempo libre/ocio
- Participación Social

#### **4.7. Preparación para la vida independiente<sup>28</sup>**

La preparación de los adolescentes para la vida independiente representa un aspecto fundamental en el proceso de restitución de derechos y reinserción social de la población atendida en los CREAD, que deberán egresar desde espacios de cuidado y protegidos hacia la autonomía que significa la vida adulta.

A lo anterior, se agrega que un porcentaje de los jóvenes que se encuentran en este sistema carecerán de espacios de vida en familia que apoyen sus procesos de crecimiento y desarrollo. Para ellos/as la adecuada planificación de su egreso y desvinculación del sistema proteccional es un aspecto altamente relevante, el cual definirá su transición hacia la adultez y las responsabilidades que esta etapa conlleva.

---

<sup>28</sup> Para efectos prácticos entenderemos esta etapa como aquella en la que intervienen adolescentes sin apoyo de su entorno familiar, a partir de los 15 años y hasta su egreso del CREAD. En este tipo de intervención no existiría mezcla de edades ya que todos se deberían encontrar en el mismo estadio evolutivo, para que se pueda plantear la independencia

En ese sentido, será responsabilidad del centro entregar a este grupo de jóvenes, los elementos necesarios para que puedan desenvolverse autónomamente a su egreso. Este proceso se encuentra enmarcado en los derechos a la autonomía progresiva, y debe ser mediado por una serie de acciones y apoyos para el logro de la plena capacidad de vivir de manera independiente.

Entenderemos por tanto, como preparación para la vida independiente, el fortalecimiento de los procesos de desarrollo integral, de aquellos jóvenes residentes en los CREAD que no cuentan con referentes protectores en espacios de vida en familia, y su acceso a las herramientas y oportunidades necesarias para avanzar hacia la concreción de sus proyectos de vida autónoma de acuerdo a sus propios intereses.

Sin embargo, a la consecución de habilidades y competencias necesarias para llevar a cabo un proceso de vida independiente, se añaden con frecuencia otras dificultades que acompañan a los jóvenes ingresados a los CREAD, como por ejemplo las secuelas de maltrato, problemas emocionales, conductuales y de salud mental, bajo nivel de logro académico y formativo, escasa o deficitaria red de apoyo social, escasas habilidades sociales, etc. Todo ello requiere una intervención intensiva con el fin de superar estas dificultades y poder alcanzar los objetivos de un plan para la independencia. Lo que, requiere el diseño de intervenciones centradas en el establecimiento de prioridades y superación de dificultades.

El trabajo en habilidades para la vida independiente incluye el desarrollar estructuras organizativas en los centros, flexibles, que permitan el acceso de los jóvenes a ciertas instalaciones bajo supervisión adulta y la realización de algunas tareas mínimas de manera progresiva. El trabajo debería ser sistemático, coherente y basado en la realidad de cada adolescente y en consideración a las particularidades de cada centro.

Esto debe ser sistemático porque este tipo de habilidades se deben desarrollar sobre la base de un proceso continuo en el marco de la vida diaria y la relación educativa cotidiana. No se entendería que se trabajara el objetivo de la independencia durante unas semanas y luego se abandonara, o que se llevara a cabo de forma interrumpida o fragmentada en el tiempo.

Esta intervención debería darse con aquellos adolescentes que:

- ✓ Adolescentes ubicados en el rango 15 a 16 años de edad, con historia de institucionalización de más de tres años, familiares (directos e indirectos) refractarios a todo tipo de intervención.
- ✓ Adultos no visualizan las experiencias vulneradoras que han vivido sus hijos y/o parientes (nietos/as, sobrinos/as, hermanos/as, entre otros) mientras permanecieron bajo su cuidado y protección.
- ✓ No cuentan con un medio familiar dispuestos a acogerles una vez concluida su atención en el CREAD.
- ✓ Para aquellos adolescentes en que no resulta viable ni conveniente la convivencia con su familia.

- ✓ Para los jóvenes que estando próximos a su retorno a su medio familiar necesiten apoyo para incorporarse a la vida comunitaria.

La duración de este proceso de intervención no deberá prolongarse más allá de lo que sea necesario para lograr la preparación para la vida independiente y que el adolescente logre desenvolverse por sí mismo o que cuente con los apoyos oportunos, ya que si la atención se prolonga por más tiempo puede generar dependencia.

Por otra parte, no es posible dar por finalizada la atención antes de que el adolescente cuente con las habilidades y los recursos suficientes para poder vivir en forma independiente. Este tipo de intervención deberá ser coherente con el plan de intervención adecuándose a la evolución de sus propias necesidades y a las nuevas capacidades que vaya desarrollando.

Dentro de los principales ejes para el trabajo con adolescentes para la vida independiente, se deberán considerar el integrar a los jóvenes a los procesos de intervención psicológica, sociales y educativas del centro a través de los cuales se persigue fundamentalmente ayudar a que el o la adolescente tome conciencia de lo que significa la vida comunitaria, permitiendo la participación en su entorno social, reforzando su concepción de persona competente, tomando conciencia de sus fuerzas y debilidades a la hora de enfrentarse a la vida social como una persona adulta independiente<sup>29</sup>

Es por ello que la atención cobra relevancia en cuanto a que ésta deberá considerar como uno de sus objetivos que el joven logre un aprendizaje de habilidades para hacer frente a la vida diaria que le permita un posterior proceso de independencia y transición a la vida adulta apoyándolos en la adquisición de un auto concepto y autoestima positivos, y un aumento de la seguridad que el joven tenga en sus propios recursos personales y sociales.

#### **4.7.1. Área educativa**

Es una de las principales áreas a trabajar para fortalecer a este grupo objetivo y darle las herramientas necesarias para desenvolverse autónomamente en la sociedad, sin embargo, se debe tener en cuenta que en muchos casos se trata de adolescentes que presentan trayectorias escolares discontinuas, retraso, deserción escolar y analfabetismo.

Por tanto, es necesario para este grupo la aplicación de programas alternativos de recuperación de la escolaridad, que se ajusten a sus características y sean capaces de entregarles los conocimientos en plazos concentrados.<sup>30</sup>

No obstante, esta acción por sí sola es insuficiente, en cuanto el adolescente requiere poder sustentar su vida al dejar de contar con el apoyo del sistema de protección, en cuyo

---

<sup>29</sup> Modelo de intervención en acogimiento residencial .. Manual Cantabria abril 2008.

<sup>30</sup> En este punto, es necesario tener en cuenta que un joven inscrito en un sistema de educación reconocido por el respectivo ministerio, podrá permanecer en el sistema de Sename hasta los 24 años de edad. LEY 18.382 colaboradoras del Servicio Nacional de Menores y que Art. 70

caso el desarrollo de habilidades para la vida coherentes a un proyecto personal, son fundamentales, lo que exige una preparación específica.

En relación a esta área se deberá realizar- al igual que en todos los casos- una evaluación general de adolescente, de manera de determinar si es que es pertinente la inserción escolar en el sistema formal ya sea en modalidad asistencia regular a establecimiento o gestionar este proceso a través de exámenes libres <sup>31</sup>de modo de permitir al joven regularizar su situación.

Para ello es necesario contar con todos los antecedentes académicos, realizar reuniones de coordinación entre coordinador educativo y los profesionales encargados de los casos para evaluar los factores asociados a la situación escolar que este presenta y realizar los procesos según lo establece diagrama de acción establecido en protocolo de vínculo a la red de educación.

Es necesario mencionar que la incorporación de los NNyA a cualquiera de las modalidades educativas seleccionadas de acuerdo a sus características no deberá exceder los 30 días máximo desde la fecha de ingreso. Siendo ésta una de las acciones prioritarias previo a la elaboración del Plan de Intervención Individual.

#### **4.7.2. Formación para el trabajo**

De acuerdo a lo anterior, el adolescente requiere participar de procesos de capacitación laboral que lo habiliten en el desarrollo de un oficio remunerado y de formación para insertarse apropiadamente en el mundo del trabajo.

Ello incluye que en el Plan de intervención individual, se deberá considerar la incorporación de éstos en alternativas como las descritas a través de los programas que entrega Sence, Fosis u otros, para lo que será necesario considerar al menos un año de formación y otro de inserción laboral, antes de considerar el egreso del CREAD . Por tanto, en este punto es importante tener en cuenta que un joven adscrito a programas de capacitación laboral podrá permanecer en la red hasta los 21 o 24 años de edad.

Por otra parte los centros deberán planificar talleres de apresto pre laboral, que incorporen elementos de habilitación que propicien la inclusión laboral de los jóvenes de manera auto-gestionada una vez egresados del centro.

Complementario a los procesos de formación laboral se encuentra la de las habilidades sociales conducentes a la búsqueda y mantención del trabajo.

---

<sup>31</sup> Véase Protocolo para exámenes libres. Protolización del modelo CREAD. DEPRODE 2013

### 4.7.3. Vivienda y destrezas de vida cotidiana

Para el logro de estos objetivos los centros deberán estar plenamente integrados a la comunidad y contar con una organización que fomente la participación, responsabilidad y autonomía de los adolescentes.

Se deberá preparar al joven para organizarse y hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, deben incluirse en este ámbito las habilidades de autocuidado, preparaciones de las comida, mantenimientos de la casa y de la ropa, adaptación a las normas de convivencia en el lugar en que resida, entre otros.

Se deberá fomentar en los jóvenes la utilización de los recursos y beneficios de la comunidad, proporcionándoles habilidades para beneficiarse de los servicios a los que puede acceder, para ello deberá conocer las redes y saber cómo utilizarlas, aprender a relacionarse en el entorno social, trabajar para que logre desarrollar habilidades de asertividad social, etc.

En relación al manejo del dinero en la vida cotidiana, deberá aprender a planificar sus ingresos y gastos de forma que pueda responder a sus necesidades y conseguir objetivos aprendiendo a prevenir los problemas relacionados con su economía personal y el aprendizaje de utilización de servicios bancarios.

Finalmente, otra de las habilidades que se deberán potenciar con los procesos de intervención son las habilidades de convivencia social, habilidades laborales búsqueda y mantenimiento de empleos, la capacidad de contar con razonamiento moral, y habilidades de autocontrol. Para ello se hace recomendable el diseño de talleres cuyo objetivo se debería centrar en promover la discusión de temas críticos a través de diversos ejes temáticos. Para ello, los talleres se deben conformar por un número determinado de sesiones, que puedan agruparse por módulos. Y deberán estar dirigidos a desarrollar temas como el autoestima, asertividad, toma de decisiones, liderazgo, creatividad, valores, entre otros.

Por otra parte es relevante considerando la etapa de desarrollo de los adolescentes la elaboración de talleres permanentes sobre educación sexual. Se considera necesario, realizar este tipo de intervenciones, no sólo a los adolescentes, sino también a todos los niños y niñas que se encuentran en el sistema residencial, en un trabajo enfocado a la internalización de conductas de autoprotección y autocuidado, a través de actividades que se incorporen dentro de la rutina diaria<sup>32</sup>.

Un aspecto básico para la incorporación a la vida ciudadana de las personas, es contar con un lugar dónde habitar, sea propio o arrendado. Por tanto, este es un aspecto básico a trabajar para la vida independiente. En relación al alojamiento se le deberá enseñar al joven a localizarlo, obtenerlo y mantenerlo, ya que en el momento de la salida del centro

---

<sup>32</sup> Se agradecen aportes de la Dirección Regional Metropolitana, Cread Pudahuel, Galvarino y Casa Nacional

se debe asegurar que el adolescente cuente con alojamiento y con los recursos y habilidades necesarios para evitar que se convierta en una persona sin hogar.

## **V. DEFINICIONES GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UNIDAD DE SALUD**

### **5.1. Definición de Unidad de Salud**

La Unidad de Salud se define como un dispositivo sanitario ubicado al interior de los centros CREAD que tiene por finalidad el responder como primera línea de intervención ante necesidades de salud emergentes mediante acciones tendientes al diagnóstico, pesquisa, prevención y tratamiento. Este dispositivo actúa como intermediario entre el NNyA y la red de salud primaria, secundaria o terciaria con el objeto de recibir prestaciones de salud pertinentes y oportunas, luego de las intervenciones ejecutadas por personal de la Unidad de Salud al interior del CREAD.

El propósito de la Unidad de Salud es procurar las condiciones que posibiliten una atención integral en materia de salud que contribuya a minimizar y/o hacer frente a los efectos derivados de la condición de internación, así como por los factores de riesgo presentes previos al ingreso del NNyA al CREAD.

### **5.2 Unidad de Salud y Autorización Sanitaria**

Debido a las características de funcionamiento de la Unidad de Salud, así como para optimizar las relaciones con la red de salud, se aspira a la necesidad de obtener la Autorización Sanitaria del recinto como Sala de Procedimientos<sup>33</sup>, así como de Botiquín.<sup>34</sup> Ambas autorizaciones son otorgadas por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) presente en cada región del país.

Para esto los centros deben establecerse coordinaciones con las unidades pertinentes al interior del CREAD (Equipo directivo, Unidad de Administración) y Direcciones Regionales, con el objeto de establecer un plan de trabajo para superar brechas de los requerimientos solicitados por autoridad de salud. Cuando se subsanen las brechas y la Unidad esté en condiciones de acreditarse, deberán establecerse los contactos con las SEREMI regionales para iniciar la tramitación de dichas autorizaciones.

Para la Autorización Sanitaria, en cuanto a recurso humano, es necesario disponer de un profesional a cargo de las Unidades, así como personal técnico en turnos rotativos para cubrir atención 24 horas al día.

---

<sup>33</sup> Se entiende como Sala de Procedimientos a “locales o recintos de establecimientos públicos o privados de salud destinados a efectuar procedimientos de salud, de diagnóstico o terapéuticos, en pacientes ambulatorios, y que no requieren de hospitalización

<sup>34</sup> Se entiende como Botiquín al “recinto donde se mantienen productos farmacéuticos para el uso interno de clínicas y otros establecimientos autorizados sanitariamente

### 5.3 Funciones del equipo sanitario de la Unidad de Salud

De acuerdo a la disponibilidad del personal de salud en los CREAD, se definen funciones específicas el funcionamiento de la Unidad. En caso de no existir dotación completa de funcionarios, quien ocupe cargo de Encargado de Salud debe asumir responsabilidades de coordinación con la red de salud, así como aquellas posibles de acuerdo a su formación profesional y/o técnica. Ningún profesional o técnico debe asumir responsabilidades que no estén comprendidas para su formación en el Código Sanitario.

#### Profesional Médico

Profesional responsable de mantener y recuperar la salud mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y/o lesión del joven.

Funciones de Gestión	de	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
Responsable de la atención de los usuarios y la coordinación con el equipo de Salud		Realiza examen físico de ingreso.	Solicitud de apoyo para diagnóstico por salud mental y consumo de tóxicos.
		Diagnóstico de morbilidad general.	Participación en reuniones de casa (o de caso) según demanda.
		Tratamiento médico.	Participación en reuniones de la red de salud.
		Derivación a especialistas según diagnóstico o sospecha diagnóstica.	Entrega y recibe información al equipo y/o director del centro.
		Orientación telefónica al equipo.	
		Registrar en ficha de salud atención realizada.	
		Colaboración en la elaboración de protocolos para el abordaje de situaciones críticas y emergencias de salud.	

#### Profesional Enfermero/a

Profesional responsable de la gestión del cuidado en la unidad de salud del centro entendiéndose como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

Funciones de Gestión	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
Administrar recursos humanos y físicos que están a su cargo.	Elaborar Plan de Atención de Enfermería (PAE) por joven en coordinación con otros equipos del centro.	Intercambio de información relevante y pertinente con equipo Directivo y ETD.
Recepcionar los turnos de enfermería del personal de la unidad.	Aplicar instrumentos de evaluación según grupo etario	Gestionar convenios con red de salud local u otras instancias que pudieran insumar las labores de la Unidad de Salud.
Coordinación de acciones médicas intracentro tales como el manejo de la agenda y priorización de demandas.	Ingresar información a SENAINFO Programar actividades de prevención y salud grupales e individuales según PAE.	Coordinación permanente con equipos de casa/ETD para entregar indicaciones médicas o de enfermería y recibir información del estado de salud de los jóvenes.
Administración de stock insumos clínicos y material de escritorio.	Pesquisar e informar sobre desviaciones de la salud durante el curso del tratamiento en los usuarios (patologías crónicas, reacciones adversas de fármacos, descompensaciones)	Participar en actividades comunitarias intersectoriales con APS.
Supervisar uso adecuado de espacio físico e insumos.	Delega actividades a personal de enfermería capacitado (aplicación fichas de salud, aplicación EMP, Ficha CLAP)	
Participar en reuniones técnico-administrativa con Equipo Directivo, Equipo de Casa u otros actores relevantes.	Evaluar en forma constante los cuidados de enfermería insertos en el PAE y sus resultados.	
Creación de protocolos de procedimientos realizados por la Unidad de Salud.	Supervisión de los cuidados delegados a personal técnico.	
Administrar ficha de Salud.	Control de parámetros de salud física (atención clínica individual, medición antropométrica, control signos vitales, exámenes físicos segmentarios)	
	Ejecutar acciones derivadas de la labor médica (toma de exámenes, administración de medicamentos).	
	Supervisar la administración de medicamentos.	
	Colaboración en reuniones técnicas de análisis de casos.	
	Programar actividades de prevención y salud grupales con énfasis en el mejoramiento de estado de salud nutricional de jóvenes.	
	Aviso a SEREMI de Salud local la presencia de Enfermedades de	

Notificación obligatoria mediante formulario ENO previa confirmación o sospecha diagnóstica.

### **Técnico Paramédico o de Enfermería**

Técnico responsable de la ejecución de actividades delegadas por parte del Profesional de Enfermería de la Unidad de Salud.

Funciones de Gestión	de	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
		Atención directa al paciente según delegación por parte del Encargado/a de la Unidad.	Traspaso de información a profesionales de la unidad de Salud.
		Asistencia en primeros auxilios.	
		Comunicación al equipo directivo del centro, ETD y equipo de casa ante morbilidad grave y epidemiológica, en ausencia de enfermera/o.	
		Realizar acciones clínicas delegadas.	
		Mantener registros estadísticos de la unidad y en SENAINFO según delegación por parte del encargado/a de la Unidad.	
		Preparar a niños/as o jóvenes para exámenes físicos al interior del centro.	
		Acompañar a niños/as o jóvenes a atenciones de salud fuera del centro.	
		Apoyar en actividades propias de la unidad, según indicación del Encargado/a de la Unidad.	
		Mantener condiciones de higiene en las dependencias de la Unidad.	

## 5.4 Equipamiento

La Unidad de Salud debe contar con un espacio físico que permita ejecutar actividades de salud, de acuerdo a las especificaciones consideradas por autoridades de salud. Este espacio debe contar con la disponibilidad de los siguientes artículos, de acuerdo a las características del sujeto de atención:

- Dispensador de jabón
- Dispensador de toalla desechable
- Lavamanos
- Basurero
- Camilla
- Papel desechable para camilla
- Escabel
- Balanza
- Altímetro
- Cinta métrica flexible
- Termómetro digital
- Tabla de Snellen
- Orientación técnica para evaluación de escoliosis
- Material antisepsia (Alcohol 70º, algodón, gasa, otros)
- Material educativo
- Estetoscopio
- Curvas de Crecimiento
- Esfigmomanómetro con manguito para edad escolar y adulto

## 5.5. Lineamientos a cumplir por las unidades de salud de los centros CREAD

Las actividades descritas a continuación responden a la priorización de actualización de procedimientos implementación de Unidades de Salud, definidas por el Departamento de Protección de Derechos. De esta manera, se espera poder avanzar en la instalación de procesos claves y básicos para el funcionamiento de las Unidades de Salud, a fin de lograr una óptima operativización de sus procesos con miras a la consolidación paulatina de estos dispositivos en todo Chile durante el año 2013.

Examen de salud física-mental al ingreso al centro: Ficha CLAP

Prestación

Aplicación de ficha CLAP a los/las jóvenes<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> No se debe realizar evaluación de desarrollo puberal, según grados de Tanner. En aquellos casos en que exista una discrepancia de peso y talla para la edad, de más de dos desviaciones estándar, se debe derivar a centro de salud que corresponda, para continuar estudios.

Derivación a red de salud (APS).

Criterio de inclusión

Adolescentes ingresados a unidades CREAD con un tiempo de permanencia mayor a quince días.

Criterio de exclusión

Jóvenes con ingresos temporales (tiempo de permanencia menor a 15 días).

Condiciones de la aplicación.

**Registros:** Hoja de registro ficha CLAP, carpeta de salud individual, registro de derivación a red de salud (en caso de requerirse), tablas de antropometría, tablas de presión arterial, tabla de perímetro de cintura.

**Rendimiento:** 45 minutos por joven

### **Concentración<sup>36</sup>:**

Cualquier edad	Al ingreso (> 15 días)
10 – 14 años	Anual
15 – 19 años	Cada dos años

Registros por personal encargado <sup>37</sup>

**SENAINFO:** El mismo día en el cual se realizó el examen.

**Escrito:** El formato a utilizar en todos los centros se adjunta al presente documento. Las celdas destacadas en amarillo definen información denominada como “ALERTA”. Al pesquisarse requieren intervenciones activas con red de salud para disminuir el riesgo y/o daño. Este documento debe adjuntarse a carpeta de Salud presente en la Unidad (en formato ad hoc)<sup>38</sup>.

**Digital:** archivo escaneado enviado mediante correo electrónico al jefe técnico del centro quedando así el respaldo del documento.

### **Cobertura**

100% de los/as jóvenes con estadía mayor a 15 días en CREAD

### **Criterios de Derivación<sup>39</sup>**

Para control con profesional de salud APS o nivel secundario ante la pesquisa de necesidades de salud emergentes.

Para control con profesional de salud APS ante la presencia de factores de riesgo que requieran intervención y que deriven en el corto o mediano plazo en problemas de salud.

Ante la necesidad de exámenes complementarios.

Ante la necesidad de exámenes preventivos (EMP, Papanicolau, entre otros).

---

<sup>36</sup> La aplicación de ficha CLAP se debe complementar con realización de Examen de Medicina Preventiva (EMP) a partir de los 15 años, el cual debe repetirse cada 3 años. **Los jóvenes mayores de 19 años tendrán acceso a EMP en APS.**

<sup>37</sup> No es necesario enviar planilla semanal de fichas CLAP aplicadas.

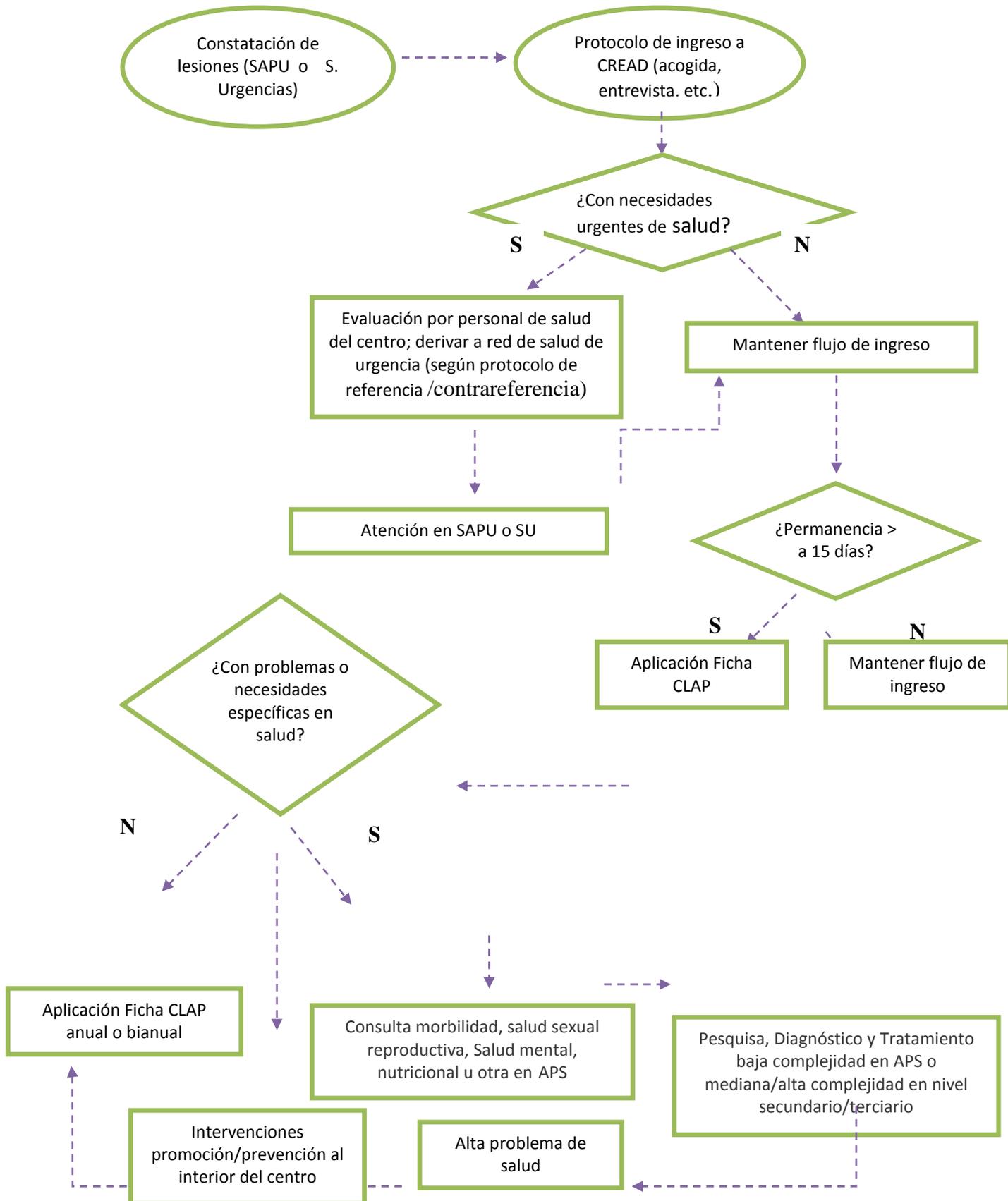
<sup>38</sup> Descargar formato de

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/anexos/historia%20del%20adolescente.pdf>

<sup>39</sup> Se debe adjuntar ficha CLAP a registro de derivación a APS.

## Ingreso de joven a CREAD

### FLUJOGRAMA INGRESO A



## **5.6 Sobre el acceso a la red de salud**

Se espera que el equipo pueda gestionar la inscripción inmediata de los NNyA que ingresan al CREAD, en el centro de salud de atención primaria (APS) correspondiente al territorio a fin de que estos puedan convertirse en beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Además, el equipo de la unidad de salud debe elaborar, en coordinación con el establecimiento de salud, el protocolo de referencia y contra referencia, de acuerdo a los estándares requeridos. Estas acciones deberán ser informadas de manera oportuna a la Dirección del Centro.

El protocolo debe contar con actores, responsabilidades, tiempos/plazos, prestaciones y flujos de procesos entre CREAD con centros de atención primaria (APS). Los centros que ya dispongan de protocolos deben revisar si éstos cuentan con estos componentes. Posteriormente se describe la estructura que deben disponer protocolos.

## **5.7 Programa nacional de Inmunizaciones.**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Chile es un país suscrito al cumplimiento de las metas internacionales del PAI, a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

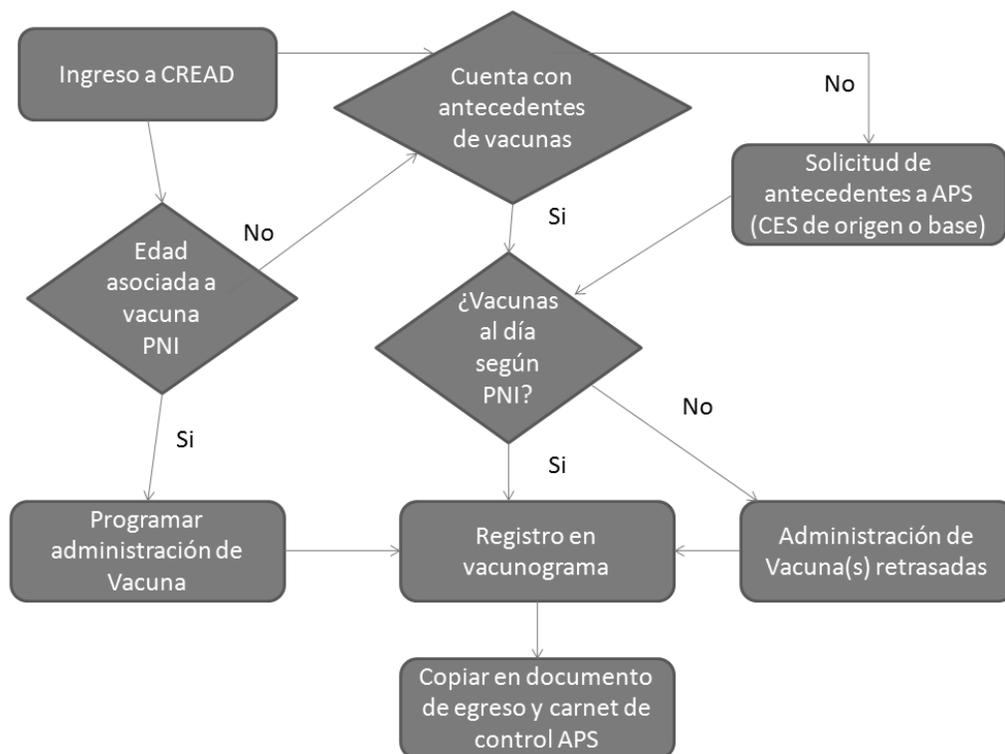
Los Objetivos del Programa Nacional de Inmunizaciones corresponden a:

- Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- Erradicar la Poliomiélitis y el Sarampión.
- Mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

El actual calendario de vacunación, actualizado el año 2013, incorpora el acceso a las siguientes vacunas:

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Tuberculosis
2, 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
12 meses	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
8º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
Adultos de 65 años	Neumocócica Polivalente	Enfermedades por Neumococo

Respecto a la coordinación interna con la red, cada centro debe establecer tiempos de coordinación con APS y familia, con el objeto de garantizar el acceso oportuno a las vacunas del PNI. Se adjunta flujograma tipo, que debe ser trabajado por cada CREAD de acuerdo a realidad local. En la ficha clínica debe existir registro de vacunas (vacunograma) independiente de la edad del NNyA, que explicita las coordinaciones internas y externas que se realicen para acceder a esta prestación.



### 5.8 Control de Joven Sano

El Plan Integral de Salud del Adolescente consiste en la ejecución de un conjunto de prestaciones de carácter preventivo, diagnóstico y/o terapéutico a nivel de atención primaria, dirigidas a jóvenes de entre 10 y 19 años. Para esto los/as jóvenes acceden al Control de Joven Sano, el cual considera los siguientes aspectos;

- ✓ Realizar anamnesis completa biopsicosocial y familiar, registrando la información con instrumento ficha Integral CLAP/OPS/OMS
- ✓ Realizar examen físico
- ✓ Realizar hipótesis diagnóstica, manejo inicial, indicaciones y derivación si es necesario.
- ✓ Revisar calendario de inmunizaciones, según norma.
- ✓ Realizar educación en autocuidado en salud y brindar la posibilidad y oportunidad de referir a consejerías.
- ✓ Indicar consulta y seguimiento si procede.

Para el año 2013, 165 comunas han sido incorporadas a este plan, número que se irá incrementando paulatinamente, hasta que se alcance la totalidad de comunas del país. Se destacan a continuación comunas en las cuales se encuentran insertos los centros CREAD. Estas prestaciones deben complementarse con la aplicación de Ficha CLAP al interior del centro y las intervenciones ejecutadas por las Unidades de Salud diseñadas a partir del ingreso del/la joven.

<b>Servicio de Salud</b>	<b>Comunas 40</b>
Viña del Mar- Quillota	Viña del Mar- Quillota- Quilpué- Villa Alemana- Con Con- Olmué- Nogales- Petorca
Valparaíso- San Antonio	Casablanca- San Antonio- Valparaíso- El Quisco
Maule	Linares- Curicó- Cauquenes- Constitución- Parral- Talca
Ñuble	Chillán- Pinto- San Carlos – Quillón- Chillan Viejo
Talcahuano	Penco- Talcahuano- Tomé- Hualpen
Arauco	Arauco- Curanilahue- Los Álamos-Lebu- Cañete- Tirúa
Concepción	Chiguayante- Concepción- Coronel- Florida- Hualqui- Lota- San Pedro de la Paz- Santa Juana
Bío Bío	Cabrero- Laja- Santa Bárbara- Yumbel- Alto Bío Bío- Los Ángeles
Araucanía Norte	Angol
Araucanía Sur	Temuco- Padre Las Casas- Lautaro- Imperial- Freire- Villarrica- Pucón
Metropolitano Norte	Colina- Conchalí-Huechuraba- Independencia – Lampa- Quilicura- Recoleta- Til Til
Metropolitano Sur	Calera de Tango- El Bosque- La Cisterna- La Granja Sur- Lo Espejo- Paine- Pedro Aguirre Cerda-San Bernardo- San Joaquín- San Miguel- Buin
Metropolitano Central	Maipú- Santiago
Metropolitano Occidente	Pudahuel- Renca- Cerro Navia- Lo Prado- Quinta Normal- Talagante- Peñaflores- Melipilla- El Monte-Padre Hurtado- Isla de Maipo
Metropolitano Sur Oriente	Pirque - San José de Maipo- San Ramón- La Pintana- La Florida- Puente Alto- La Granja
Metropolitano Oriente	Peñalolén- Macul- Lo Barnechea

<sup>40</sup> Se adjunta totalidad de comunas que corresponden a vuestras regiones, para que se informe respecto a centro de referencia y se solicite continuidad de la intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) en red de salud respectiva.

## 5.9 Examen de Medicina Preventiva

Los NNyA son beneficiarios del Examen de Medicina preventiva (EMP)<sup>41</sup> que incluye la realización de exámenes de laboratorio, evaluación física y/o la aplicación de cuestionarios, basados en criterio de edad, sexo y presencia de factores de riesgo. En el caso de los CREAD para mayores, el EMP considera prestaciones a partir de los 15 años detalladas a continuación:

Edad	Problema de Salud	Examen
Mayores de 15 años	Bebedor problema	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).
	Tabaquismo	Aplicación del Instrumento Estrategia 5 A's.
	Sobrepeso y Obesidad	Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.
	Hipertensión arterial	Medición estandarizada de presión arterial.
	Diabetes mellitus	Glicemia en ayunas.
	Sífilis	VDRL o RPR en sangre con conductas sexuales de riesgo.
	Tuberculosis	Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más

## 5.10 Sistema de Garantías Explícitas en Salud

Existe una serie de patologías incorporadas en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), a las cuales pueden adherirse los/as NNA en caso de que presente algún hecho de salud asociado a éste. Se adjunta listado de patologías y las prestaciones diagnósticas y/o terapéuticas asociadas<sup>42</sup>. Las guías clínicas se encuentran en sitio web del Ministerio de Salud y deben apoyar las intervenciones realizadas por la Unidad de salud respecto a las pesquisa oportuna, prevención y relaciones con los Centros de Salud locales (APS, Servicios de Urgencia, Hospital Base).

En el caso de los CREAD para mayores, el GES considera prestaciones detalladas a continuación:

Atención de Urgencia	
Garantía Explícita	Prestación
Urgencias odontológicas ambulatorias (UOA)	Tratamiento
Politraumatizado grave	Tratamiento
Atención de urgencia de traumatismo craneoencefálico (TEC) moderado o grave	Diagnóstico, Tratamiento
Trauma ocular grave	Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento

<sup>41</sup> Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva, Ministerio de Salud, 2009

<sup>42</sup> Ministerio de Salud, 2013.

Gran quemado	Tratamiento, Seguimiento
Enfermedades crónicas	
Garantía Explícita	Prestación
Diabetes mellitus tipo I	Diagnóstico, Tratamiento
Diabetes mellitus tipo II	Diagnóstico, Tratamiento
Hipertensión arterial primaria o esencial (en personas de 15 años y mas)	Diagnóstico, Tratamiento
Hemofilia	Diagnóstico, Tratamiento
Artritis idiopática juvenil / Artritis reumatoidea juvenil	Tratamiento
Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	Diagnóstico, Tratamiento
Hipotiroidismo (en personas de 15 años y mas)	Tratamiento
Epilepsia no refractaria (en personas de 15 años y más)	Tratamiento
Cánceres	
Garantía Explícita	Prestación
Cáncer cervicouterino	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Cáncer de mama (mayores de 15 años)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Cáncer de testículo (en personas de 15 años y mas)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Linfoma (en personas de 15 años y mas)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Linfoma y tumores sólidos (menores de 15 años)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Leucemia (menores de 15 años)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Leucemia (en personas de 15 años y mas)	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento
Cáncer de próstata (en personas de 15 años y mas)	Etapificación, tratamiento y seguimiento
Cáncer colorectal (en personas de 15 años y mas)	Tratamiento y seguimiento
Cáncer de ovario epitelial	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento
Cáncer vesical	Tratamiento, prevención de recurrencia y seguimiento
Osteosarcoma (en personas de 15 años y mas)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Lupus eritematoso sistémico	Tratamiento
Tumores primarios del sistema nervioso central (en personas de 15 años y más)	Diagnóstico y tratamiento
Infecciones de Transmisión Sexual	
Garantía Explícita	Prestación
Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Hepatitis crónica por virus hepatitis B	Diagnóstico y Tratamiento
Virus Hepatitis C	Diagnóstico y Tratamiento
Embarazo	
Salud oral integral de la embarazada	Tratamiento
Cirugía	

Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años	Tratamiento
Salud mental	
Esquizofrenia en personas de 15 años y más	Diagnóstico y Tratamiento
Tratamiento de personas con depresión (en personas de 15 años y más)	Tratamiento
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	Tratamiento, Refuerzo del Tratamiento y preparación al alta, Seguimiento
Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	Tratamiento

En caso de no cumplirse una garantía de oportunidad, incorporada en algunas patologías GES, se puede acceder a Bono AUGE a través de sucursales de FONASA previa confirmación de incumplimiento de la garantía.

Se debe llevar seguimiento especial a jóvenes que presenten patología inserta en el GES, mediante instrumento ad-hoc diseñado por el centro, procurando el cumplimiento de las garantías de esta política.

### 5.11. Programa Nacional de la Mujer<sup>43</sup>

Este programa incluye a las jóvenes que tienen menarquía y/o inicien actividad sexual, independiente de su edad. El objetivo del Programa de la Mujer es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital y en aspectos relacionados con la salud propia de su género, con un enfoque de riesgo, desde el ámbito de la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Este programa considera la realización de una serie de prestaciones en APS, descritas a continuación, y que en el caso del sujeto de atención de los CREAD se coordinan con otros programas ejecutados por APS.

- ✓ Control de morbilidad ginecológica
- ✓ Consejería de prevención de ITS's
- ✓ Control de puerperio
- ✓ Control de embarazo
- ✓ Control de método anticonceptivo
- ✓ Control de regulación de fecundidad
- ✓ Control ginecológico preventivo
- ✓ Consejería en salud sexual y reproductiva
- ✓ Consulta nutricional para la mujer no gestante
- ✓ **Actividades de salud mental**

<sup>43</sup> Es necesario que el profesional Trabajador Social, consulte cuáles son los Programas del SERNAM de Apoyo Adolescentes Embarazadas o Madres. (AMA) en pg. Web del SERNAM. Se agradece el aporte de área de Gestión intersectorial, Deprode, 2013

Para complementar las actividades desarrolladas por APS, la unidad de salud debe manejar los siguientes documentos con el objeto de satisfacer las necesidades de atención del sujeto de atención en materia de salud sexual;

- Manual de consejería para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH, Ministerio de Salud, 2006
- Manual de formación básica en consejería para el VIH y las ITS, Ministerio de Salud, 2011
- Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, Organización Mundial de la Salud, 2007
- Propuesta de normas para la consejería en la atención en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, Ministerio de Salud, 2007
- Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad, Ministerio de Salud, 2008
- Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud, 2011
- Elaboración de Protocolos y Normativas técnicas para el funcionamiento de la Unidad de Salud

A fin de contar con documentos que formalicen procesos claves en la instalación de estos dispositivos de salud al interior de los CREAD, se requiere la elaboración de protocolos que respondan a los procesos en el área al interior de los centros.

Los protocolos deben responder a las necesidades del centro así como cumplir con aquellos necesarios para obtener las autorizaciones sanitarias.

Todos los protocolos deben seguir la siguiente estructura en su presentación:

**Rotulo:** Logo institucional, nombre de norma, detalle de unidad a la que pertenece, fecha de confección, nº de versión.

**Portada:** Título de nombre con mayúsculas. Nombre, cargo y firma de quién elaboró, revisó y aprobó la norma (tabla).

**Índice**

**Introducción**

**Propósito de la norma**

**Objetivos**

**Alcance**

**Referencia Bibliográfica**

**Responsabilidad de la supervisión y de la aplicación directa del Protocolo**

**Definición de conceptos**

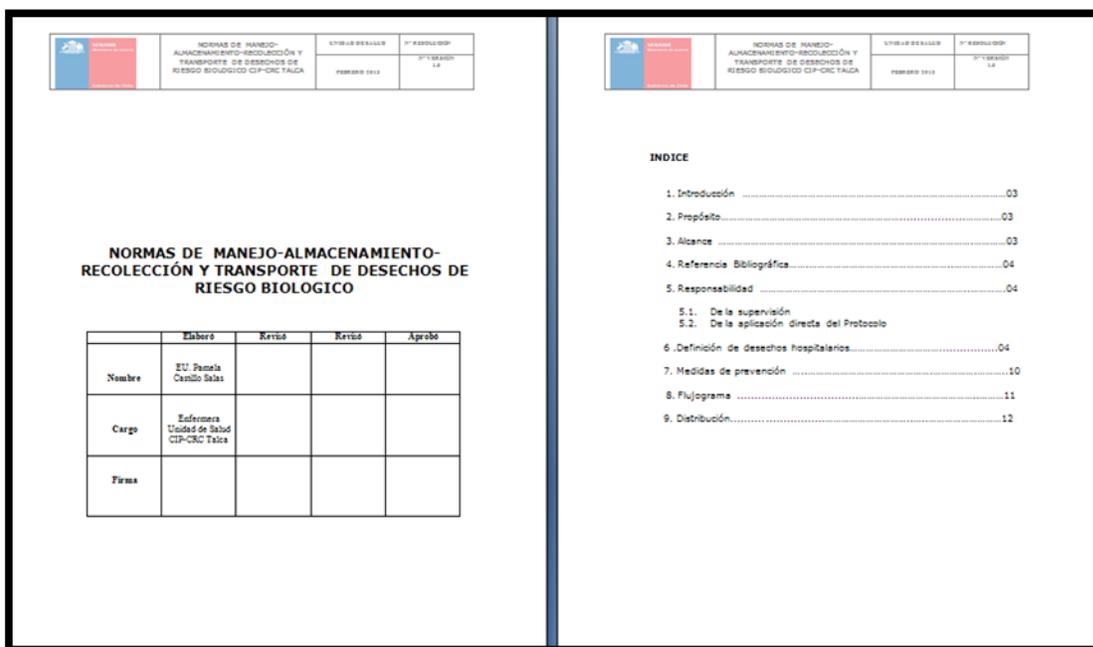
**Desarrollo del contenido de la norma**

**Flujograma**

**Sistema de registro**

**Sistema de evaluación/monitoreo**

**Distribución de la norma**



## 5.12. Ficha de Salud<sup>44</sup>

Cada joven debe disponer de una ficha de salud, la cual debe estar constituida por los siguientes registros:

### Portada

**Identificación del/la joven:** Nombre completo, número de cédula de identidad, sexo, fecha de nacimiento y número de ficha.

**Identificación de ficha:** número de ficha, fecha de creación, logo institucional y nombre de centro.

**Copia de certificado de nacimiento** (Registro Civil)

**Registro de beneficiario de FONASA A**

**Ingreso de Salud O Ingreso de Enfermería** (si existe profesional enfermera/o sólo usar el 2º)

**Acta de constatación de lesiones al ingreso (SAPU o Servicio de Urgencias) al ingreso**

**Ingreso médico**

**Evolución médica** (general y especialistas) y/u otros profesionales (matrona, nutricionista, etc.)<sup>45</sup>

**Registro de administración de medicamentos**

**Registro de constatación de lesiones** (al interior del centro)

**Registro de atenciones de enfermería**

**Carnet de control de joven sano** (al iniciar prestaciones en red de salud primaria)

**Vacunograma**

**Ficha Nutricional**

**Curva antropométrica**

<sup>44</sup> Según Decreto 41, Reglamento Sobre Fichas Clínicas. Ministerio de Salud.

<sup>45</sup> Adjunto al final del documento. Registro adaptado del utilizado en CIP-CRC Coronel.

**Epicrisis de atenciones** realizadas en Servicio de Urgencia u hospitalizaciones.

### **Resultados de exámenes**

Cada vez que se realice una prestación de salud al interior o exterior del centro, debe registrarse en la ficha, o en su defecto solicitar copia del original al finalizar atención. Las atenciones deben consignar fechas de atención, profesional que la prestó, evaluación diagnóstica y los medicamentos prescritos con sus dosis y plazos de administración.

Las fichas deben almacenarse en mobiliario con llave en recinto de la Unidad de Salud que garantice el acceso expedito, oportuno, con condiciones físicas que aseguren su conservación y resguardo de la confidencialidad. Esta llave debe mantenerse en poder de encargado/a de la Unidad de Salud, y una copia de ésta en Dirección.

Esta ficha sólo será utilizada por personal de salud y en caso de que se requiera información de ésta por parte del equipo psicosocial u otras entidades del centro, se entregará mediante un informe de salud confeccionado por encargado/a de la Unidad.

### **Respecto a la administración de fichas deben establecerse libro foliado con:**

- ✓ Registro con fecha y persona que ha accedido a la ficha (personal de unidad de salud).
- ✓ Registro de constancia de entradas y salidas de fichas cuando son trasladadas fuera del recinto de la Unidad de Salud (fecha, persona responsable y número de ficha).

#### **5.12.1 Registros en Senainfo**

La unidad de salud realiza prestaciones de diversa complejidad y periodicidad dirigida a niños y jóvenes de los centros. La ficha de salud debe integrar la totalidad de estas actividades, individuales o grupales, sin embargo, a la fecha, deben registrarse en Senainfo:

- ✓ Aplicación ficha CLAP al ingreso (Ficha Aplicada – Ficha No Aplicada)
- ✓ Evaluaciones antropométricas (Evaluación realizada – Evaluación no realizada)
- ✓ Discapacidad: Fecha de diagnóstico, tipo de discapacidad (Deficiencia intelectual, Deficiencia Auditiva, Deficiencia Visual, Otras, No presenta discapacidad, Deficiencia Física, Deficiencia Psiquiátrica y Deficiencia Múltiple), nivel de discapacidad (Leve, Moderada, Severa y Sin información)
- ✓ Datos de Salud: Fecha de diagnóstico, hecho de salud, atención y lugar.
- ✓ Conducta depresiva
- ✓ Accidente (de relevancia)
- ✓ Convulsiones
- ✓ Ataque de pánico
- ✓ Intento de suicidio
- ✓ Brote psicótico

- ✓ Trastorno importante del ánimo
- ✓ Síndrome de privación (alcohol, drogas)
- ✓ Crisis agresiva
- ✓ Embarazo
- ✓ Traumatismo grave
- ✓ Cólicos y espasmos agudos o crónicos
- ✓ Cuadro infecto contagioso
- ✓ Cuadro alérgico agudo
- ✓ Enfermedad grave
- ✓ Emergencia dental
- ✓ Enfermedades crónicas: fecha de diagnóstico y enfermedad.
- ✓ Síndrome de Down
- ✓ Asma bronquial
- ✓ Fibrosis quística
- ✓ Malformaciones congénitas
- ✓ Otras genopatías
- ✓ Cardiopatías
- ✓ Fisura palatina
- ✓ Síndrome bronquial obstructivo
- ✓ Hipertensión
- ✓ Diabetes
- ✓ Patologías renales
- ✓ VIH
- ✓ Otras
- ✓ Epilepsia
- ✓ Autismo
- ✓ Enfermedades metabólicas
- ✓ Parálisis cerebral
- ✓ Esquizofrenia
- ✓ Otras enfermedades mentales
- ✓ Enfermedades hepáticas
- ✓ Enfermedades óseas
- ✓ Enfermedades neurológicas
- ✓ Otras inmunodeficiencias
- ✓ Sin información

Todas las enfermeras/os o personal de las Unidades de Salud deben contar con clave para ingresar información a Senainfo, así como estar ingresadas/os como ejecutor de éstas actividades. Las enfermeras/os pueden delegar esta acción a otros funcionarios de la unidad, de acuerdo a las necesidades del centro. En su defecto el jefe técnico debe definir quién será el responsable de registrar información en el sistema, de acuerdo a lo insumado por el personal de unidades de salud.

Se revisará la información que la Unidad de Salud está ingresando a Senainfo con el objeto del mejoramiento continuo de la toma de decisiones al interior de la Unidad así como el

cumplimiento de los objetivos de ésta. Se dará aviso mediante esta misma vía, ante cualquier modificación implementada en el sistema.

### **5.12.2. Manejo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes**

Dentro de los procesos críticos que se encuentra bajo responsabilidad de la Unidad de Salud se encuentra el manejo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes prescritos para el tratamiento de problemas de salud mental de jóvenes que permanecen en centros CREAD. Debido a las características y funciones desarrolladas al interior de nuestros centros, y para alinearnos con las instrucciones entregadas por las Autoridades de Salud del país, la unidad debe cumplir los reglamentos vigentes respecto al manejo de este tipo de fármacos.

Cada unidad debe disponer de un protocolo que especifique los procesos de adquisición, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos. Este documento debe considerar el marco legal en el área, detallada a continuación, así como los conocimientos propios de la disciplina médica y de enfermería.

Decreto Fuerza Ley Nº 725 de 1967, Código Sanitario

Decreto Supremo Nº 466 de 1984 del MINSAL, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos.

Decreto Supremo Nº 404 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Estupefacientes

Decreto Supremo Nº 405 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Psicotrópicos

Decreto Supremo Nº 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo.

Decreto Supremo Nº 148/2003 del MINSAL, Reglamento Sanitario sobre manejo de Residuos Peligrosos.

Guía para la Autorización y fiscalización de establecimientos Farmacéuticos por los Servicios de Salud, MINSAL, 1998.

Para garantizar la seguridad durante el manejo de medicamentos, el documento debe detallar, al menos;

Flujo de ingreso de medicamentos (origen de prescripción médica)

Control de ingreso y salida de medicamentos por medio de registros (Libro control de existencia) y responsables de cada etapa de éste.

Cumplimiento de los “seis correctos” para la administración de medicamentos

Procedimiento de auditoría al interior del centro, en el que participe Encargado de Unidad de Salud así como representante de Equipo Directivo

Manejo de emergencias asociado a consumo de medicamentos (efectos adversos)

Listado de todos los medicamentos que se manejan en la Unidad.

Registro de rechazo de medicamento por parte de/la joven.

Condiciones de seguridad en el almacenamiento de medicamentos.

Estas indicaciones son complementarias y no dependen del inicio de trámites de Autorización Sanitaria, respondiendo a la necesidad urgente de regular la administración de medicamentos al interior de los centros.

### **5.13. Presentación del personal de Unidad de Salud**

El personal de salud debe utilizar vestuario acorde a sus funciones al interior del centro, con el objeto de ser reconocido en sus funciones tanto con actores internos como en la red de salud. El uniforme debe incorporar nombre completo, cargo, institución (SENAME) en un lugar visible.

Enfermera: Uniforme azul

Técnico Paramédico: Uniforme celeste

Médico: Delantal Blanco

Dirección del centro debe velar por la presentación del personal de la unidad, asegurando la mantención de normas de asepsia/antisepsia así como velar por la seguridad del mismo personal. Para esto se debe diseñar instructivo interno que incorpore acciones tanto de la presentación personal (como el uso de uñas cortas, aros cortos, prohibición de uso de pintura de uñas) y uso de uniforme respectivo mientras se encuentre ejecución de funciones al interior o fuera del centro.

### **5.14. Procedimientos para el trabajo en red al interior del centro y con actores de la red local de las Unidades de Salud**

Procedimientos para el trabajo coordinado entre Unidades de Salud y actores del centro.

Se espera que la Unidad de Salud pueda mantener comunicación fluida al interior del equipo en relación con los casos, así como otros temas relacionados con la gestión y la mantención del dispositivo, respetando para ello las funciones que a cada miembro corresponden.

Previo a la aplicación de la Ficha CLAP se espera que el responsable de ésta recabe toda la información psicosocial del/la joven disponible, con el objeto de conocer el contexto biopsicosocial del/la joven.

El equipo de la Unidad de Salud deberá organizar acciones tendientes a la prevención o promoción de temáticas relacionadas con su quehacer, tanto al personal del centro como al sujeto de atención, dependiendo del perfil epidemiológico del mismo. Estas capacitaciones deben quedar consignadas en ficha de salud del NNyA y en otros registros de actividades grupales de formación que disponga el centro. Para estas capacitaciones se espera la confección de un programa educativo, favoreciendo el uso de metodologías participativas adecuadas para población infanto-juvenil.

Como parte de la dotación del CREAD, el equipo deberá intercambiar información tanto con la Dirección como con la Jefatura Técnica del centro, toda vez que sea requerido. La

comunicación deberá realizarse en términos claros y por las vías que permitan la comprensión de ambas partes.

Los miembros de la Unidad de Salud pueden ser convocados a reuniones técnicas o de análisis de caso, según la necesidad de los equipos. Siempre se favorecerá la presencia de profesional responsable de la Unidad, y en su defecto otro componente del equipo de salud delegado por el encargado de la Unidad.

Así mismo, pudiese el Director del Centro requerir la participación del enfermero o el médico, para efecto de reuniones en Dirección Regional de SENAME u otras instancias locales, relacionadas con el ámbito de la salud.

En concordancia con las Orientaciones Técnicas vigentes, la atención en salud viene a ser parte del engranaje de intervención completa a los NNyA de CREAD, por lo cual, la Unidad de Salud deberá mantener comunicación constante con los ETD, interlocutando con duplas psicosociales, o bien con los Educadores, por ejemplo, al momento de administrar medicamentos y/o entregar indicaciones de cuidados específicos.

El Encargado de la Unidad de Salud debe evaluar permanentemente las necesidades de formación de temáticas pertinentes dirigidos al personal de la Unidad, las cuales deben ser planteadas al Jefe Técnico formalmente.

Se dispone de dos dispositivos online y gratuitos en los cuales se puede acceder a contenidos del área:

Cursos Organización Panamericana de Salud: <http://cursos.campusvirtualesp.org/>

Cursos Ministerio de Salud: <http://minsal.uvirtual.cl/>

A través de la autogestión y coordinación con Dirección del Centro pueden solicitarse capacitaciones de carácter presencial, en caso de ser necesarias.