



**SENAME**  
Ministerio de Justicia  
y Derechos Humanos

**CHILE LO  
HACEMOS  
TODOS**

Gobierno de Chile

**ORIENTACIONES TÉCNICAS  
RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD**

Departamento de Protección de Derechos  
Área de Diseño y Evaluación



Rosa Barría Segovia

Angélica Martínez Cruz

Carolina Espinoza Catalan

Aprobado por:

Juan Ignacio Carmona Zúñiga

Servicio Nacional de Menores

Santiago, Chile

Junio, 2019.

## CONTENIDOS

I.	PRESENTACIÓN .....	4
II.	MARCO DE REFERENCIA.....	7
	<b>Desarrollo evolutivo</b> .....	7
	<b>Salud mental y niñez</b> .....	9
	<b>Funcionamiento de dispositivos de Salud.</b> .....	10
III.	ESTADO ACTUAL .....	11
	<b>Características de los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la Residencia Alta Especialidad.</b> .....	11
	<b>Cifras en Chile</b> .....	13
IV.	ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA RESIDENCIA DE ALTA ESPECIALIDAD	
	14	
	<b>Residencialidad emocionalmente segura</b> .....	15
	<b>Acompañamiento psicosocial con el niño, niña o adolescente y su familia y/o adulto/a referente.</b> .....	17
	<b>Trabajo intersectorial con equipos de salud y equipos comunitarios</b> .....	22
V.	MODELO DE INTERVENCIÓN EN RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD .....	24
	<b>Objetivo General</b> .....	24
	<b>Objetivos específicos</b> .....	24
	<b>Sujeto de atención</b> .....	25
	<b>Vías de Admisión.</b> .....	26
	<b>Proceso de Intervención</b> .....	30
VI.	INDICADORES .....	40

	<b>Equipo de intervención</b> .....	45
VII.	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	51
VIII.	<b>ANEXOS</b> .....	53

## I. PRESENTACIÓN<sup>1</sup>

La presente orientación técnica es parte de un esfuerzo que realiza el Servicio Nacional de Menores (SENAME) por entregar un apoyo a niños, niñas y adolescentes que ingresan a cuidado alternativo residencial por vulneraciones de derechos y que además presentan problemas de salud mental de alta complejidad, y que en contextos residenciales han sido de difícil manejo.

Según datos de Senainfo<sup>2</sup>, durante el año 2016, 10.437 niños, niñas y adolescentes fueron ingresados a residencias de protección por un Tribunal de Familia. Dentro de las principales causas de admisión a este sistema, se encuentran: la inhabilidad de uno o ambos padres; la solicitud de un diagnóstico familiar; y niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual. De ellos 78.6% fueron ingresados por maltrato físico y psicológico. Las principales causas de admisión por maltrato se asocian a negligencia y a ser testigo de violencia intrafamiliar, concentrándose las más altas cifras en menores de 11 años, siendo más afectados los niños que las niñas, entre 6 y 7 años de edad.

Del total de la población ingresada por violencia, un 12,4% (7.862 casos) fue víctima de abuso sexual. De estos, el 86,7% refiere a niñas (6.813 casos), concentrándose el más alto porcentaje de estas agresiones entre los 8 y 15 años de edad.

---

<sup>1</sup> El presente modelo corresponde a un Piloto, el cual se ejecutará entre Administraciones Directas, como son: Residencias Familiares AADD (CREAD) y Residencia de Alta Especialidad.



Considerando estos factores de vulnerabilidad, se han realizado estudios enfocados específicamente a esta población, buscando determinar la prevalencia de enfermedades mentales de niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo a un estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva (2012), existe una prevalencia de 69,1 % de trastornos mentales en los niños, niñas y adolescentes, siendo los más relevantes el riesgo de suicidio (45.3%) y la dependencia de drogas (40%), seguidos por trastornos de conducta disocial (25/%) y negativista desafiante (23,5%). Este mismo estudio declara que existiría una brecha

<sup>2</sup> La plataforma institucional Senainfo, contiene la información de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la red del SENAME y de sus procesos. <https://www.senainfo.cl/>

asistencial de 88,9% para responder a las necesidades de salud mental de esta población, la que va en aumento cada año, comprendiendo además que este mismo estudio no abarca a la totalidad de la población ingresada a SENAME.

El “Estudio de alternativas para la atención integral de salud mental de niños, niñas y adolescentes con compromiso biosicosocial severo” de Fundación San Carlos de Maipo (2010), muestra que el trastorno más frecuente es el abuso o dependencia de alcohol y otras drogas (28,5 % del total de las patologías psiquiátricas), demandando cerca del 76,1 % del total de las atenciones de urgencia debido a las complicaciones, ya sea por intoxicación o síndrome de abstinencia, entre otros. En el consumo de alcohol y otras drogas, se visualizan aumentos significativos en población escolar. Le siguen en frecuencia, el Trastorno del Espectro Ansioso Depresivo con un 14,6% del total de las patologías psiquiátricas declaradas; Trastornos de Conducta con 12,3%, Retardo Mental o Deterioro Orgánico Cerebral con un 11,5%; Trastorno por Descontrol de Impulsos con un 10,7% y los Trastornos de la Personalidad en Desarrollo con un 10,5%.

El Ministerio de Salud (2017), señala que un 27,9% de los niños, niñas y adolescentes evaluados en las Residencia de origen de SENAME y de colaboradores presentaban trastornos de salud mental tales como: ideación e intento suicida, autoagresiones, depresión grave, trastorno bipolar, consumo perjudicial, esquizofrenia y trastorno de conducta grave.

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud “Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género”, 2013.



Cabe destacar también que el 71% de la población infanto-adolescente, sufre algún tipo de violencia, donde el 25.9% refiere a violencia física grave (UNICEF, 2012). El suicidio adolescente es la segunda causa de muerte a nivel mundial, y Chile se encuentra con tasas de suicidios cercanas al promedio mundial, en población infanto- adolescente. El año 2015, del total de las muertes por suicidio, 1.457 se produjeron en hombres, de los cuales 107 eran adolescentes hombres entre 15 a 19 años, y 482 entre 15 a 29 años de edad. Los hombres adolescentes son quienes registran una mayor tasa de suicidios consumados, 2 a 3 veces más que en adolescentes mujeres.<sup>3</sup>

La Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020 (Ministerio de Salud, 2010), incluye la meta de reducir la discapacidad asociada a trastornos de salud mental, e identifica como una de las estrategias para alcanzarla, el ingreso oportuno a tratamiento de adolescentes con trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. En ese sentido, plantea la salud mental desde un enfoque de ejercicios de derechos, de determinantes sociales y equidad en salud mental, reconociendo la importancia del curso de vida, y la necesidad de una atención integral de salud familiar, con enfoque comunitario y de redes, que permitan la prevención, la intervención y la disminución de enfermedades de salud mental para nuestros niños, niñas, y adolescentes.<sup>4</sup>

Sin embargo, pese a lo avanzado en temáticas de salud mental infanto-adolescente, siguen existiendo brechas respecto de la atención de casos de alta complejidad y polivictimizados con compromiso biopsicosocial severo, que requieren de abordajes terapéuticos prolongados en el tiempo, cuidados y procesos de rehabilitación intensivos y de especialidad que permitan la mantención de la recuperabilidad y la inclusión comunitaria de los niños, niñas y adolescentes.

En este contexto es que desde el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental del 2018, se pretende dar respuestas a las necesidades específicas de salud mental en casos de alta complejidad, específicamente en el caso de niños, niñas y adolescentes, los nodos de Hospitalización de

Cuidados Intensivos de Psiquiatría UHCIP, subsanan atenciones enfocadas a la estabilización de un cuadro clínico de salud mental, con un tiempo de intervención acotado, que por lo general no supera los 29 días de hospitalización, teniendo como objetivo específico la estabilización clínica-farmacología de una situación de alta complejidad. El ingreso a este dispositivo de salud de nivel terciario y en modalidad cerrada, es a través de una situación de urgencia, y que cuente con los criterios de admisión correspondientes a cada hospital. Junto con esto es el criterio clínico de gravedad y complejidad del diagnóstico quien determina su real admisión y tiempo de permanencia en esta intervención. Así mismo, el alta médica estará dada por el cumplimiento del objetivo, es decir la estabilización del cuadro de salud mental.

Una vez dada el alta médica de la Unidad Hospitalaria, el niño, niña o adolescente es derivado a atenciones de salud mental ambulatorio (Centro de Atención de Salud Mental Comunitaria, Unidades de Psiquiatría), y continua con sus cuidados en su Residencia de origen. En este marco el re incorporación de un sistema estructurado, con un número de niños, niñas y adolescentes no mayor a 10, un contexto médico, clínico a uno con características de residencialidad familiar, psicosocial y proteccional que no cuenta un enfoque específico en atención a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental en proceso de recuperabilidad, es decir, no contará con un espacio propicio para la mantención de la estabilización con el riesgo inminente de presentar una

---

<sup>4</sup> Modelo de Gestión red Temática de Salud Mental en la Red general de Salud, MINSAL, 2018.

recaída del cuadro agudo por el cual es ingresado/a a la UHCIP. Esta situación es la que ha llevado a que el ingreso a UHCIP se vuelva una puerta giratoria de admisiones para casos complejos, teniendo así niños, niñas y adolescentes que durante un año han presentado entre 2 a 3 admisiones a Unidades de Corta Estadía, y en su mayoría corresponden a admisiones de niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado.

Por lo anterior es que desde nuestro Servicio y en relación al proceso de restitución de derechos vulnerados respecto de asegurar la continuidad de cuidados y mantener la estabilización psicoemocional, SENAME diseña el presente modelo residencial. Modelo que pretende realizar un trabajo colaborativo con los modelos de salud pública, específicamente en el modelo de la red temática de salud mental, comprendiendo que la única forma de favorecer la salud mental y general de un niño, niña o adolescente, es a través de la intervención integral, y la articulación con las redes, promoviendo, de esta manera, el máximo de bienestar y calidad de vida, brindando una atención oportuna y efectiva a los problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes de esta red de protección dada su situación de vulneración de derechos.

## II. MARCO DE REFERENCIA

### Desarrollo evolutivo

Tanto la infancia intermedia como la adolescencia constituyen una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, con gran potencial de desarrollo, superado únicamente por el que se produce en los primeros años de vida (Steinberg & Sheffield, 2001).

De este modo, estas etapas están marcadas por la resiliencia, en donde se conjugan procesos de desarrollo biológico y de cambios sociales, emocionales y cognitivos que –al ocurrir en un contexto seguro y protector– se asocian a la posibilidad de asumir roles y responsabilidades propias de la vida adulta (Summer, Burrow, & Hill, 2018).

El proceso de diferenciación de las figuras parentales que se intensifica durante los últimos años de la segunda infancia, durante la adolescencia se conjuga con mayor grado de autonomía e independencia que le permiten asumir de mejor manera nuevas responsabilidades, haciéndose cargo de –al menos de una parte de– sus actos. (Vijayakumar, Op de Macks, & Shirtcliff, 2018).

Así, comienza un proceso en el que el/la adolescente se comprende a sí mismo de forma más abstracta, con mayor claridad y diferenciación de su autoconcepto. Los/las adolescentes avanzan hacia nuevas formas de concebirse, en donde se ponen en juego con mayor nitidez sus creencias y su sistema valórico. En este proceso de autodefinición se



generan contradicciones propias de un proceso de construcción de identidad en donde, por ejemplo, se observan sociables o retraídos dependiendo del contexto (Steinberg & Sheffield, 2001). En la medida que se avanza hacia la adultez dichas contradicciones tienden a disminuir.

Estos procesos sitúan a estas etapas del desarrollo evolutivo como un momento fundamental para el cambio, preguntas y crisis asociadas a la construcción de la identidad y proyecciones futuras. Por lo que, el contexto en que se desarrolla el proceso, tiene un efecto en las trayectorias de vida de cada uno, donde la ocurrencia de situaciones de vulneración impacta negativamente en las posibilidades de resolver de forma favorecedora para el desarrollo dichas inquietudes y crisis propias de la edad. Sin embargo, mediante un acompañamiento psicológico y social se puede intencionar un re direccionamiento del auto concepto y del sistema de valores y creencias, para que éstos favorezcan su desarrollo y bienestar.

La búsqueda de un propósito ocupa un lugar central durante este periodo. Summer & Hill (2017) plantea que el comenzar a construir un propósito de vida durante este periodo, en base a sentimientos asociados a confiar en sí mismos, es un predictor de trayectorias de vida saludables y en relación con la comunidad. El propósito de vida –entendido como un eje central y organizador de la vida– define y estimula el logro de metas, media el comportamiento y provee de sentido (McKnight & B., 2009).





## Salud mental y niñez<sup>5</sup>

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, se definió la **salud** como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, reemplazando la noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades. Más adelante, la propia OMS agregó a esta definición “y en armonía con el medio ambiente” y, además, que la “salud es responsabilidad de los gobiernos”.

Así mismo Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la **salud mental** como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En todo el mundo, se estima que entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental, sin embargo, estos siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente. Los signos de mala salud mental pueden pasarse por alto por varias razones, como la falta de conocimiento o conciencia sobre la salud mental entre los trabajadores de la salud, o el estigma que les impide buscar ayuda.

En este contexto las determinantes sociales de la salud, se encuentran directamente relacionadas con el curso de vida, la acumulación de factores que a la larga generan riesgos, pueden determinar la ausencia o presencia de una o varias enfermedades. Los entornos sociales, económicos y físicos moldean la experiencia de salud mental de las personas, siendo la niñez y la adolescencia en situaciones de vulnerabilidad social la población más expuesta a problemáticas de salud mental.

Si bien la mayoría de los niños, niñas y adolescentes tienen buena salud mental, los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los éstos sean vulnerables a los problemas de salud mental.

En este sentido es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que los trastornos psiquiátricos que comienzan en la niñez deben ser

<sup>5</sup> Para los fines de la presente orientación técnica residencial, se sitúa al sujeto de atención de esta modalidad a niños y adolescentes, de sexo

femenino y masculino, que se encuentran en el rango de edad de 10 a 17 años 11 meses 29 días.

motivo de preocupación para la salud pública, hay múltiples factores determinantes de la salud mental del niño, niña y adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayor serán las posibles repercusiones en su salud mental.

Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida hogareña y sus relaciones con sus pares. La violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos son riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños, niñas y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la salud mental. (OMS, 2018)

Algunos niños, niñas y adolescentes corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental por sus condiciones de vida, estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran los niños, niñas y adolescentes que viven en entornos frágiles o con crisis humanitarias; los adolescentes con enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las adolescentes embarazadas y los padres adolescentes o con matrimonios precoces y/o forzados; los niños y los

adolescentes de minorías étnicas, con antecedentes sexuales o de otros grupos discriminados.

Por otra parte, los adolescentes con problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (que afecta la disposición a buscar ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos arriesgados, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos.

## Funcionamiento de dispositivos de Salud.

En la actualidad la oferta desde salud pública, específicamente en salud mental para niños, niñas y adolescentes, cuenta con los siguientes niveles de atención:

1. Atención Primaria de Salud (APS): Acciones de tipo preventivo, promocionales y curativas que no requieren de alto nivel de complejidad. Las acciones de salud en este nivel se enmarcan en Programas de Salud del niño, Programas de Salud Adolescente, y Programa de Salud Oral. Y específicamente en Salud Mental: Programas de acompañamiento, apoyo biopsicosocial, Apoyo salud Mental Infantil PASMI, Programas de Detección de consumo de Sustancia, Espacios Amigables para Adolescentes, Programa de atenciones de Salud Mental.

2. Atención Secundaria de Especialidad de Salud Mental: Mediana y Alta complejidad de diagnósticos en salud mental infanto – adolescente.

- Modalidad Ambulatoria: Centros de Salud Mental Comunitaria CSMC, COSAM; Centros de Atención de Especialidad CAE, Centros de Diagnóstico y Tratamiento CDT; Centros de Referencia de Salud CRS, incluyendo convenios o programas para el tratamiento por consumo de alcohol y/o Drogas, Convenio Senda; Hospital de Día.

3. Modalidad Cerrada: Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría UHCIP; Unidades de Corta Estadía UDAC. Atención de Urgencia: Servicios de Urgencia de Hospitales, Servicios de Atención de Urgencias de Alta resolución SAR; Servicios de Urgencia SAPU.

Es de importancia mencionar que desde el 2017 se encuentran la puesta en marcha del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Una alianza entre Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Senda y Sename que busca acortar las brechas de atención de salud para esta población y otorga estándares de calidad oportuna e idónea, a través de un trabajo coordinado, articulado e intersectorial.

### III. ESTADO ACTUAL

#### Características de los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la Residencia Alta Especialidad.

El derecho a la salud o al logro del bienestar físico, mental y social de la población, constituye un derecho social, lo que implica realizar acciones para satisfacer y lograr la universalidad de cobertura, incluyendo por tanto a quienes no pueden o no están en condiciones de acceder por sus propios medios. En efecto, los derechos sociales conllevan necesariamente principios igualitarios, de universalidad y solidarios, en tanto, en una sociedad democrática, éstos se consideran desde la perspectiva del bien común.

Un estudio realizado por UNICEF (2012), muestra que el 71% de la población infanto adolescente, recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. El estudio muestra además que un 51.5% sufre algún tipo de violencia física y el 25.9% sufre violencia física grave. En el nivel socioeconómico bajo, un 10.8% de los niños/as declara haber sufrido abuso sexual, cifra superior al 6.7% que se da en el nivel socioeconómico medio y al 5.9% del nivel socioeconómico alto.

Otro factor de riesgo para enfermedades mentales a lo largo de la vida, es la pobreza que alcanza el 28.6% en el grupo comprendido entre los 0 y los 17 años de edad, mientras que en personas entre los 18 y 59 años alcanza el 23.4%. (CASEN, 2017)

Respecto de los niños/as y adolescentes que están bajo la protección del Estado en la oferta programática del SENAME, el Ministerio de Salud (MINSAL) entiende que representan una población que presenta extrema vulnerabilidad psicosocial, dado que enfrentan una exposición a entornos y contextos sociales y culturales caracterizados por condiciones de inequidad y violencia (como abuso físico y sexual, abandono, negligencia, pobreza y violencia doméstica, entre otros), en una etapa crítica del desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social.

Por otra parte, es posible apreciar que el 69,1% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo suicida, 40% dependencia de drogas, 25,7% trastornos de conducta disocial)(centro de estudios y promoción del buen trato, 2012), siendo este perfil de población el que más requiere de atención de salud de especialidad en salud mental, debido a los efectos de las vulneraciones experimentadas en sus cortas vidas, específicamente en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP), Cortas Estadías o Urgencias, con la finalidad de estabilizar cuadros clínicos graves y complejos en modalidad cerrada. Sin embargo, estos dispositivos, al ser solo de compensación médica, no cuentan con una intervención mayor a 30 días, lo que genera, en muchos de los casos, que existan más de un ingreso por paciente.

Específicamente en los/as niños/as y adolescentes en cuidados residenciales ocurre que, al obtener el alta médica de dichos dispositivos de salud mental, regresan inmediatamente a la Residencia de origen, donde vuelven a

desestabilizarse psíquica y emocionalmente, debido principalmente a la inexistencia de un soporte integral para la mantención de los cuidados que requieren los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de salud mental, generando, en algunos casos, cuadros clínicos que ponen en riesgo su salud y la de aquellos/as con los que conviven. Ello, por cierto, genera la necesidad nuevamente de una atención de urgencia y la demanda por una nueva internación en estos dispositivos. Según los registros del MINSAL, los niños, niñas o adolescentes reingresan entre 2 a 8 veces a las UHCIP durante el mismo año.

La desestabilización ocurre, en primer lugar, al re incorporación a la Residencia de origen, dado que el niño, niña o adolescente se enfrenta a un ambiente y convivencia estresante para su situación de salud mental, en la medida que la proporción de éstos por personal de trato directo, no permite entregar cuidado personalizado. En segundo lugar, no cuentan con control médico periódico que monitoree la efectividad del tratamiento farmacológico y realice los ajustes del mismo, según evolución. En tercer lugar, los niños, niñas y adolescentes presentan bajo desarrollo de habilidades socioemocionales, lo que no les permite autorregularse frente a la sintomatología de su trastorno de salud mental, ya que no cuentan con un proceso de rehabilitación profunda, que entregue acciones terapéuticas más intensivas y prolongadas en el tiempo, que aseguren la mantención de los niveles de bienestar, a través de los cuidados compartidos y articulados con la red de salud y de protección, responsable de gestionar el proceso de recuperabilidad e inclusión social del niño, niña o adolescente.

## Cifras en Chile

Un estudio de la revista médica de Clínica Las Condes (2012), en población infanto adolescente de 4 a 18 años de edad, refiere que la prevalencia de trastornos mentales con discapacidad en Chile llegaría al 22.5%. Mientras que el estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva con población que presenta vulneración de derechos, señala que existiría una prevalencia de 69.1% en trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, siendo los más recurrentes, el riesgo de suicidio (45.3%), dependencia de drogas (40%), seguidos por los trastornos de conducta disocial (25.7%) y negativista desafiante (23.5%).

Así mismo, estudios realizados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), muestran un aumento en el consumo de drogas de la población infanto juvenil. El Informe Anual del año 2016 de SENDA, respecto al Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, refiere que, de una población total de 1.000 personas atendidas, los menores de 15 años de edad ingresados corresponden al 23.4%, y entre los 16 y 18 años, al 42,4% del total. Es decir, el ingreso de adolescentes de 12 a 18 años de edad, corresponde al 65.8%.

Por otra parte, estudios sobre trastornos de salud mental y el tratamiento post crisis, demuestran que la atención no hospitalaria tiene resultados más eficaces que la atención hospitalaria para las personas, al disminuir la frecuencia de admisiones y días de estancia en el hospital; mejorar la autonomía, los indicadores de calidad de vida -suya y de sus

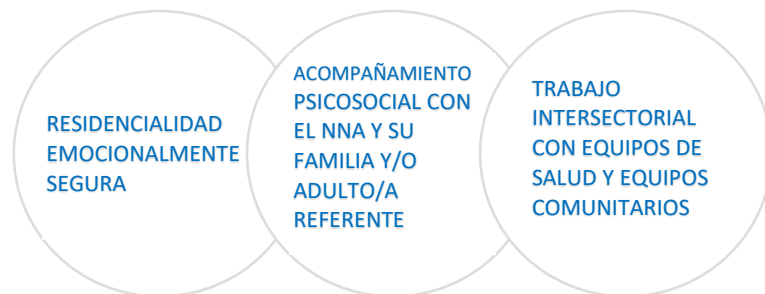
familias-, reducir los problemas con la justicia; mejorar la adherencia terapéutica y la satisfacción usuaria; y lograr un mayor nivel de costo efectividad (Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental, 2018).

En este sentido, el Estado de Chile, al adscribir a la Convención sobre los Derechos del Niño, asume el compromiso de avanzar en el cumplimiento de los estándares señalados por las Directrices de Naciones Unidas para el cuidado residencial, entre los cuales se destacan: disminuir la cantidad de niños/as por residencia y ofrecer una intervención multidisciplinaria y especializada (ONU, 2010).

En este marco se puede mencionar que de los niños, niñas y adolescentes ingresados a cuidado alternativo residencial que acceden a una Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico (UHCIP) -una vez compensado el cuadro clínico que originó la hospitalización-, son devueltos a la Residencia de origen, algunos vuelven a presentar un cuadro clínico agudo, que gatilla el reingreso a una UHCIP.

Los datos entregados por el Equipo de Asesorías Clínicas de la Región Metropolitana de SENAME, señala que entre los años 2016 a 2018 (febrero), 34 niños/as y adolescentes obtuvieron procesos de hospitalización (UHCIP), el 61.7% fueron mujeres y el 38.2% hombres, con un promedio de edad de 14.6 años. Respecto de la mayor prevalencia, los/as adolescentes presentaron trastornos del desarrollo de la personalidad, trastorno de la conducta, consumo perjudicial de drogas, trastornos de inestabilidad emocional y trastorno vincular

## IV. ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA RESIDENCIA DE ALTA ESPECIALIDAD



Los niños, niñas y adolescentes de la presente modalidad de cuidado alternativo residencial transitorio y de alta especialidad, han sido previamente separados de su medio familiar y comunitario de origen, en razón de graves vulneraciones de sus derechos, por lo que requieren de un ambiente protector y promotor de su bienestar y desarrollo. A ello se suma, la situación de salud mental que requirió de una intervención psiquiátrica-hospitalaria.

En este sentido, la intervención desarrollada en la Residencia de Alta Especialidad, se caracteriza por ser un espacio transitorio (no más allá de 6 meses) que busca el fortalecimiento de cada niño, niña y adolescente para la promoción de su desarrollo, así como para la mantención de los logros alcanzados en la intervención psiquiátrica. Una vez

---

<sup>6</sup> El trabajo con la familia, lo continúa realizando la Residencia de origen, manteniendo un trabajo coordinado con la RAE, para la incorporación de ésta en el desarrollo del plan de trabajo integral (PTI)

que se logren los objetivos de la estabilización psicoemocional y conductual, se espera poder reintegrarle a un contexto residencial basado en el curso de vida, de baja cobertura, a fin que allí continúe su proceso de Resignificación de la vulneración de derechos.

De esta manera, el presente modelo responde a la necesidad de contar con un ambiente y equipo de mayor especialización para el trabajo con sujetos de atención vulnerados en sus derechos que presentan trastornos psiquiátricos estabilizados en su cuadro, que provienen de una UHCIP y requieren fortalecer sus recursos individuales, colectivos y relacionales, mediante una intervención biopsicosocial, de acuerdo a la especificidad de sus características y necesidades.

Es por lo anterior, que la planificación de la intervención debe basarse en la información, tanto del equipo residencial de origen, desde donde se produjo la derivación a la UHCIP, como desde el equipo a cargo del caso en esa unidad hospitalaria, lo anterior permitirá orientar y formular el plan de trabajo integral a desarrollar con cada niño, niña y adolescente, al interior de la RAE. Este plan de trabajo integral, es el diseño estratégico de intervención que guiará el proceso de mantención de la estabilización psicoemocional y conductual del cual participaran, la familia<sup>6</sup>, la red de apoyo y todos aquellos actores que favorecen el desarrollo de dicho plan.



Con ello, el proceso de intervención en la RAE se deberá enfocar en cinco aspectos fundamentales, a ser abordados transversalmente:

1. Asegurar un **espacio de cuidado emocionalmente seguro**, acorde a las necesidades y características de cada niño, niña y adolescente que permitan el monitoreo constante del plan, y sus mecanismos de ejecución.
2. Facilitar que el niño, niña o adolescente **adhiera al tratamiento** respecto de su situación de salud mental.
3. **Asegurar la vinculación a los dispositivos de salud integral con énfasis en salud mental, según sus características y requerimientos;** asignando responsabilidades y plazos estimados de cumplimiento de éstas.
4. **Trabajar de manera articulada, y colaborativa con la UHCIP y con la Residencia de origen, el plan de trabajo integral.**
5. Propiciar los **vínculos bien tratantes** de apoyo al proceso de usuario.

Dichos aspectos se traducen en distintos ámbitos de acción de manera conjunta a trabajar con el dispositivo de salud y la Residencia de origen, en función de los cuales se estructura el proceso de intervención de cada niño, niña y adolescente ingresado a la residencia. Siendo éstos desarrollados de forma sincrónica e integrada, en tanto se trata de un proceso comprendido y abordado de forma multidimensional e interdependiente, donde el despliegue de unas áreas afecta el de otras. Entendiendo que el niño, niña o adolescente

pertenece a una red de apoyo y no solo, a un dispositivo de atención.

## Residencialidad emocionalmente segura

Se entenderá por ambiente residencial emocionalmente seguro aquel capaz de configurar, en la cotidianidad, espacios que dan sustento y respuesta a las necesidades de continuidad de cuidado de cada adolescente, manteniendo la estabilización del cuadro psiquiátrico alcanzada en la UHCIP y que permita desarrollar un proceso para el fortalecimiento de sus recursos personales que propicien la adaptación al contexto residencial en cuanto a sus relaciones y emocionalidad. En este sentido, la residencia debe *“generar un contexto de confianza y entrega (...) para que los adolescentes puedan ir poco a poco abandonando los mecanismos disociativos que tuvieron que activar para sobrevivir”* (Horno, Echeverría, & Juanas, 2017).

De este modo, se busca dar respuesta al compromiso del Estado de asumir la responsabilidad de:

**“Asegurar un espacio de protección y seguridad a adolescentes para quienes vivir en su contexto familiar o comunitario se constituye como un riesgo para su desarrollo”**  
**(Comité de los Derechos del Niño, art. 3, 6, 20 y 27)**

El espacio residencial debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes una estructura clara, reconocible y acorde a sus características y necesidades de salud mental, que genere seguridad y confianza, mediante un trato cercano y empático. A partir de un clima basado en el afecto y buen trato, será posible propiciar el logro de los objetivos de la intervención, abordando el cuadro psiquiátrico siempre considerando las situaciones de vulneración experimentadas en el contexto familiar, comunitario e incluso en las experiencias previas en modalidades de cuidado alternativo, así como la experiencia de internación hospitalaria que generan su admisión a la RAE.

A partir de lo anteriormente descrito y de la condición de salud mental de cada niño, niña o adolescente, el equipo interventor debe conocer los factores detonantes de estrés para cada uno de ellos, a modo de prevenir su presencia y buscar estrategias para hacerles frente. Entre ellos se encuentran:

- Alteraciones de alimentación, táctiles, otras.
- Alteración de la salud física.
- Dependencia farmacológica y tolerancia inversa al uso de psicotrópicos.
- Farmacovigilancia.<sup>7</sup>
- Situaciones familiares conflictivas.
- Discusiones o peleas con pares.
- Frustraciones.
- Falta de estructura, anticipación y transparencia.

---

<sup>7</sup> Es el conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención, de los efectos adversos asociados al uso de medicamentos. Es la tarea de comunicar al profesional de la salud, centro asistencial, o dispositivo sanitario la sospecha de reacciones adversas,

Uno de los aspectos más relevantes para el éxito de la intervención, refiere a la posibilidad de establecer una vinculación estable y positiva, con quienes asumen su cuidado en la residencia, por lo que se debe propiciar que todos los adultos tratantes promuevan un ambiente de respeto y calidez. Asimismo, el/la **Cuidador/a de Referencia** y el /la **Gestor/a Terapéutico/a**,<sup>8</sup> son figuras fundamentales para el éxito en la mantención de la estabilización del niño, niña o adolescente.

Es así que el personal de la residencia, y en particular quienes ejercen el cuidado diario, deben ser capaces de poner en práctica las habilidades blandas que se destacan a continuación:

- ✓ **Disponibilidad**, de forma que cada niño, niña y adolescente cuente con al menos un cuidador/a de referencia que realiza acciones preferenciales y estables en la cotidianidad, escuchando, acogiendo, confortando y dando respuestas efectivas a requerimientos. Es decir, adultos/as capaces de ver y prever necesidades del sujeto de atención y dar respuestas pertinentes en oportunidad y calidad.
- ✓ **Sensibilidad**, que implica la capacidad de sostener una mirada consciente y respetuosa, ante la historia de dolor del sujeto de atención y su cuadro clínico.

incluyendo la dependencia al fármaco, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia.

<sup>8</sup> Roles definidos mas adelante.

- ✓ **Aceptación incondicional.** Esto es, la mantención y expresión de actitud de aceptación genuina e incondicional hacia el niño, niña o adolescente, ayudándole con ello a fortalecer la autoestima y el auto concepto.
- ✓ **Expresión fidedigna de afecto.** Los adultos/as deben ser capaces de expresar afecto al niño, niña o adolescente de forma cotidiana y sistemática a través de la palabra y los hechos, considerando la situación y características individuales con énfasis en aquellas que provienen de su condición de convalecencia post hospitalización.
- ✓ **Capacidad de establecer límites claros,** en diálogo con los niños, niñas y adolescentes en un espacio en donde no se flexibilizará respecto de las normas protectoras, pero sí respecto de todas aquellas que es posible construir con ellos, que se encuentren en plena concordancia con su proceso de estabilización.
- ✓ **Cooperación** y apoyo al desarrollo de la autonomía progresiva y la seguridad de los niños, niñas y adolescentes para desarrollar estrategias de autocuidado y autodeterminación.

Todos los profesionales y técnicos deben orientar y acompañar el proceso de cuidado cotidiano, es decir, la interacción cotidiana con cuidador/es, como también analizar las estrategias y avances en reuniones técnicas en las que participan todos los integrantes del equipo interdisciplinario a cargo de la intervención biopsicosocial.

## Acompañamiento psicosocial con el niño, niña o adolescente y su familia y/o adulto/a referente.

El componente de acompañamiento psicosocial tiene por objetivo facilitar que cada niño, niña y adolescente adhiera al tratamiento para su situación de salud mental, en la medida que cada uno/a de ellos/as se sienta cómodo en el espacio residencial y cuente con pares y/o cuidadores/as que lo acompañen y acojan de forma permanente. Sólo así, será posible sostener la intervención dirigida a la promoción de recursos individuales, que contribuyan a su bienestar biopsicosocial.

Por tanto, la intervención debe favorecer el desarrollo de diversas estrategias de índole terapéutica que permitan a cada niño, niña o adolescente reconocer sus características y necesidades, para desde allí, poder visualizar qué ámbitos requiere reforzar, para el abordaje de aquellas barreras que le dificultan la mantención de su estabilidad biopsicosocial y, por tanto, favorecer la participación en la vida cotidiana.

En este sentido, la intervención en el ámbito individual requiere de un trabajo con el equipo de la red de salud correspondiente y la Residencia de origen, en donde -de forma coordinada, complementaria y articulada- se aborde principalmente las acciones a realizar para la mantención de la estabilidad psicoemocional del niño, niña y adolescente.

Se entenderá entonces que, a nivel individual el sistema de salud correspondiente, realiza todo lo relacionado al tratamiento de atención con médico psiquiatra y tratamiento farmacológico, el que será visto por la red de salud al que se incorpore el niño, niña o adolescente, por su parte la RAE, brinda un espacio residencial contenedor y acogedor, da soporte con un ambiente propicio para el niño, niña y adolescente, realiza vinculación permanente con la red, en la RAE tanto el gestor terapéutico como el cuidador de referencia de cada niño, niña y adolescente, deben participar de todos los espacios terapéuticos tanto individuales como grupales, relacionados con la ejecución del Plan de Trabajo Integral.

A continuación, se definen los roles:

#### **GESTOR TERAPEUTICO (GT) CENTRADO EN LA FIGURA DE TRABAJADOR/A SOCIAL Y PSICÓLOGO/A.**

Es la figura que personaliza la relación del usuario/a con el equipo a cargo de su atención y cuidado, facilitando la articulación del proceso terapéutico y favoreciendo el cumplimiento de objetivos del plan de trabajo integral (PTI). Todo usuario/a atendido en la RAE tendrá asignada a una persona como gestor/a terapéutico/a.

“Éste será el/la interlocutor/a principal con la persona y su familia, resguardará la efectiva participación de la persona

usuaria y la acompañará en todo el proceso de atención y cuidado, apuntando permanentemente a los objetivos de máxima autonomía, recuperación e inclusión socio-comunitaria”.<sup>9</sup>

#### **a. COMPETENCIAS PERSONALES DEL GESTOR TERAPEUTICO O CUALQUIER MIEMBRO DE LA RAE**

- Iniciativa, compromiso, y responsabilidad.
- Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo transdisciplinario
- Comunicación efectiva.
- Alta motivación al servicio público.
- Comprender la salud mental desde el enfoque de derechos, equidad, curso de vida y determinantes sociales.
- Trabajar con enfoque de calidad y mejora continua de la atención.
- Competencias y conocimientos específicos de su cargo.
- Competencias para el trabajo con población de alta vulnerabilidad y grupos específicos.
- Desempeño efectivo de trabajo en red, sectorial e intersectorial.

---

<sup>9</sup> Modelo de Gestión- red Temática de Salud mental en la Red General de Salud. Ministerio de Salud, 2018

#### b.- FUNCIONES INTRASECTOR DEL GESTOR TERAPEUTICO

- Participar y coordinar la formulación del PTI considerando los intereses propios del niño, niña o adolescente.
- Coordinar acciones y cumplimiento de plazos establecidos en el PTI.
- Ser interlocutor/a entre usuario/a, equipos de salud, residencia, y familia respecto de la elaboración y evaluación conjunta del plan.
- Evaluar avances, logros, dificultades, condiciones de salud del caso a cargo y transmitirlo al equipo técnico, en contexto de reuniones técnicas.
- Apoyar en la farmacovigilancia, y adherencia al tratamiento farmacológico.
- Promover al interior del equipo que cada uno de los integrantes cumpla con las tareas y las responsabilidades establecido en el PTI. Así también en el plan de re incorporación y apoyo en el post re incorporación.
- Favorecer y fomentar el proceso de adherencia y asistencia a su proceso terapéutico.
- Identificar situaciones gatillantes de posibles desajustes conductuales y/o emocionales, con el objetivo de contar con herramientas que permitan detener y anticipar las mismas.
- Favorecer el proceso de recuperabilidad, entendiendo esta como “la recuperación del propósito de la vida, los roles activos, trabajando el trauma del diagnóstico siquiátrico”

#### c.- FUNCIONES INTERSECTORIALES DEL GESTOR TERAPEÚTICO

- Apoyo, acompañamiento y asesoría tanto al usuario/a, como a su familia, y a la red donde se encuentra inserto.
- Activación y fortalecimiento de redes de apoyo estableciendo como eje central la continuidad de cuidados y las derivaciones asistidas.
- Coordinación, articulación y gestión con dispositivos involucrados en el proceso de intervención del caso.
- Articular de manera conjunta con la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría UHCIP la derivación del caso.
- Favorecer el acompañamiento terapéutico de acercamiento progresivo a nodos de atención donde será derivado/a.
- Desarrollar estrategias de intervención de manera conjunta con las redes que faciliten la continuidad de tratamiento, en la esfera bio-médica, social, familiar, conductual y activa-emocional.
- Conocer a cabalidad el caso y su tránsito por la red de atención.
- Apoyo en el pre re incorporación y post re incorporación asegurando la continuidad en la atención específica de salud mental.
- Identificar los vacíos que puedan provocarse en el flujo de la atención, establecer soluciones eficaces y eficientes que permitan la prevención de acciones iatrogénicas a la intervención.

- Mantener un trabajo continuo y activo con la residencia administración directa, donde será derivado el caso, que permita la configuración de un PTI que asegure la mantención de la estabilización biopsicosocial del usuario/a.

\*La Gestión Terapéutica, debe entenderse dentro del contexto del trabajo inter y trans disciplinario, tanto dentro como fuera de la RAE. Por esto se sugiere que cada Gestor/a pueda contar con 5 usuarios/as a su cargo, lo que no lo limita a conocer o empaparse del resto de los casos.

### **CUIDADOR DE REFERENCIA**

Figura que estará a cargo de acompañar al niño, niña o adolescente a lo largo de su proceso y liderará las actividades de su cuidado cotidiano, le escucha, acoge, conforta y da respuestas efectivas a sus requerimientos.

Lo anterior, exige condiciones de infraestructura, ambientación, rutinas, relación con el entorno y otras, como también –muy centralmente- características del recurso humano a cargo del acompañamiento o cuidado cotidiano, del equipo profesional y del personal administrativo, quienes deben estar preparados para relacionarse correctamente con cada niño, niña o adolescente, privilegiando el buen trato y la respuesta oportuna y veraz a sus requerimientos biopsicosociales.

En especial, el personal a cargo del cuidado deberá contar con habilidades, experiencia y conocimientos en el abordaje de situaciones de salud mental a fin de acompañarles en su proceso, logrando una vinculación basada en la confianza y

respeto mutuo, así como poseer conocimientos para el abordaje de situaciones de salud mental patológicas.

Así también, debe profundizarse respecto del autocuidado del niño, niña y adolescente en el ámbito de la salud mental, a través de la promoción, prevención y participación en el tratamiento. En este punto, son de relevancia las asesorías técnicas y clínicas que el equipo de UHCIP o dispositivos de especialidad pueda entregar al equipo interventor de la residencia, a través de reuniones coordinadas de todos los equipos intervinientes. La psicoeducación respecto del cuadro de salud mental, de cada uno de los niños, niñas y adolescentes, de manera individual es fundamental para su proceso de abordaje y manejo en la residencia de alta especialidad.

Para el trabajo sobre las estrategias que le permiten afrontar situaciones de estrés, y por tanto, fortalecer sus recursos individuales, se requiere un trabajo articulado y complementario del equipo interdisciplinario de la residencia, debiendo realizarse actividades tanto en el contexto cotidiano del niño, niña y adolescente, como en espacios diferenciados y de mayor privacidad, mediante rutinas personalizadas, basadas en las necesidades biopsicosociales, características particulares de cada niño, niña y adolescente y situaciones particulares del proceso de estabilización, por tanto, éstas tienen un carácter flexible, dicha flexibilidad se encuentra en el marco de lo esperado, por lo anterior estas se deben realizar con estrategias anticipatorias que ofrezcan seguridad y contención emocional y ambiental.



Los miembros del equipo que participan en la intervención, deberán promover el establecimiento de una relación que modele nuevas formas de relacionarse, identificar y de comunicar aquello que en ese momento le está ocurriendo al niño, niña y adolescente, a modo de fortalecer estrategias, como, por ejemplo; la resolución de conflictos que no sean iatrogénicas y/o problemáticas para su relación con el entorno.

La vivencia de cada experiencia de vulneración de derechos es única y específica, siendo entonces necesario que las estrategias utilizadas respondan al sentido que cada individuo le da a su historia. Sin detrimento de lo anterior, en los casos en que se evalúe como favorable para el proceso, se pueden complementar los espacios individuales con espacios de intervención grupal, que le permitan modificar aspectos de su auto concepto, en tanto se le ofrece la posibilidad de identificar en otros aspectos positivos independientes de que, al igual que él/ella también sufrió graves vulneraciones de derechos por parte de quien debía cuidarlo.

En este sentido, la intervención individual con el/la adolescente se constituye como una posibilidad para que cada niño, niña y adolescente pueda acceder a espacios diferentes en los que se potenciará su desarrollo mediante el fortalecimiento sus recursos, así como el modelamiento de formas de vinculación protectoras y bientratantes.



En cuanto al trabajo con la familia, éste se concentra en una labor psicoeducativa con el adulto referente, entendiéndose por psicoeducación: un trabajo en que la familia comprenda y sea capaz de manejar la enfermedad o situación de salud mental en la que se encuentra el niño, niña o adolescente, reforzando los recursos y las habilidades de la familia para enfrentar la situación de salud mental, evitando así una probable recaída del cuadro agudo. Se espera entonces, que, de este acompañamiento del equipo interventor de la RAE, la familia logre una comprensión integral de la situación de salud mental del niño, niña o adolescente, enfocado en la recuperabilidad de éste, favoreciendo la adherencia al plan de trabajo integral y participando activamente del mismo.

Sin desmedro de lo anterior, la familia y/o adulto relacionado debe mantenerse en un proceso interventivo en el ámbito familiar con la Residencia de origen, es decir, la dupla psicosocial encargada del trabajo con familia de dicha residencia, deberá mantener el nivel de intervención definido, siendo este un trabajo paralelo y complementario con la RAE.

---

*Protocolo – Visitas*

---

## Trabajo intersectorial con equipos de salud y equipos comunitarios

Tomando en consideración la alta prevalencia de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes con riesgo biopsicosocial y la necesidad de evaluar, diagnosticar e intervenir de manera oportuna los requerimientos de salud, y con el objetivo de que el bienestar general de salud permanezca en el tiempo, es que se han constituido desde los niveles centrales de los organismos pertinentes, diversas estrategias que permitan el trabajo intersectorial, comprendido, como la coordinación con el extra sistema, que promueva y apoye la atención y continuidad de los cuidados de forma articulada, eficiente y eficaz. Lo anterior con el objetivo de generar respuestas conjuntas a dichos requerimientos.

En este mismo contexto es que, desde los lineamientos del trabajo intersectorial, se plantea:

**“Que cada institución que se relaciona con los NNAJ vinculadas a la red SENAME, son co-responsables de promover y favorecer el estado de bienestar general de dichos NNAJ. En el contexto, del trabajo intersectorial, se entiende por Equipos de Salud aquellos compuestos por técnicos y profesionales de los diferentes dispositivos de la Red de Salud Pública, incluyendo los que son parte de los programas de tratamiento de alcohol y otras drogas en convenio con SENDA, MINSAL o ambos –incluso prestadores privados- y que brindan o pudieran hacerlo, atención de salud a la población vinculada a SENAME a través del Sistema de Protección o de Justicia Juvenil”**

Junto con lo anterior, los niños, niñas y adolescentes ingresados a la Residencia de Alta Especialidad han sido previamente separados de su grupo familiar y de su comunidad, es decir, provienen desde otra residencia, por lo que corresponde activar la articulación con las instancias locales de referencia a la RAE requeridas para el logro de los objetivos de la intervención.

Así, el equipo residencial debe promover la vinculación con servicios, instituciones y organizaciones sociales que promuevan el ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes, a fin que puedan continuar con la rehabilitación o habilitación social y/o escolar, de acuerdo al plan de trabajo integral, y con los criterios médicos y clínicos que éste sugiera, (participar de actividades formativas, deportivas,

recreacionales, reinserción escolar, talleres laborales y otras, fuera y dentro de la residencia, siempre y cuando estas no sean iatrogénicas para su proceso de estabilización emocional).

Esta acción territorial a ser desarrollada por la RAE, busca asegurar una intervención integral favorecedora de la restitución de derechos, donde los bienes y servicios solicitados deben ser cubiertos por los actores pertinentes, de manera complementaria a los servicios de la residencia, para dar las respuestas requeridas, de manera oportuna y pertinente.

En la misma línea, la intervención integral apunta a promover el trabajo complementario con el equipo de la Residencia de origen donde el niño, niña y adolescente se encontraba antes de la hospitalización, a objeto de contar con todos los antecedentes del caso y potenciar su desarrollo.

En consideración que los niños, niñas y adolescentes ingresados a la RAE, participaron de un proceso de intervención psiquiátrica de carácter hospitalario, al que se le debe dar continuidad para la superación y/o prevención de situaciones de mayor complejidad, relacionadas al ámbito de salud mental, la principal vinculación intersectorial que debe ser implementada por los equipos, refiere al trabajo colaborativo y complementario con los equipos de salud, pertenecientes a las modalidades de atención abierta o cerrada, estableciendo acuerdos para las prestaciones que continuará realizando y supervisando el equipo de salud de la red pública sanitaria.

Por tanto, las principales relaciones funcionales de la RAE con servicios de salud, son las siguientes:

**a) Red de Especialidad de atención cerrada en salud mental:**

- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría UHCIP.

**b) Red de Salud Atención abierta**

- Urgencias SAR, SAPU, SUR
- Hospital de la Familia y la Comunidad HFC
- Centros de Salud Familiar CESFAM, Centros Comunitarios de Salud Familiar, CECOSF, Programa de salud mental en APS.

**c) Red de Salud Atención Abierta de Especialidad**

- Centro de Salud Mental Comunitaria CSMC
- Hospital de Día
- Centros de Tratamiento para consumo problemático de alcohol y otras drogas.

**Estrategias de coordinación con Residencia de origen.**

El equipo de RAE debe mantener una coordinación desde el inicio de la evaluación de pertinencia de admisión al dispositivo con la Residencia de origen, ya que será en esta instancia en la que se analizará la pertinencia de la admisión a la RAE, teniendo a la vista todos los antecedentes psicosociales y médicos, analizando, además, los pro y

contras de su ingreso y cuanto se pudiese beneficiar el niño, niña o adolescente de éste. Es relevante en esta etapa, poder conocer la historia en relación a las o la situación que gatillan el ingreso a la hospitalización, si ha ingresado con anterioridad, etc., es decir, datos que permitan una completa evaluación del caso.

Para poder mantener una visión holística del caso, la Residencia de origen debe enviar a la RAE, un resumen del caso que debe contener: motivo de admisión a esta residencia, así como el último informe integral de evaluación realizado, estado actual del trabajo con la familia, situación de vinculación a organizaciones comunitarias, situación educacional, además motivo de admisión a UHCIP, y otros documentos que los profesionales intervinientes en el caso consideren relevantes para su estadía en la RAE.

Una vez que el niño, niña o adolescente se encuentra en la RAE, se elaboró el Plan de Trabajo Integral, y se dio comienzo a su ejecución, la participación de la Residencia de origen, es fundamental para el desarrollo de este proceso, para ello la coordinación permanente entre ambos equipos, es fundamental para el logro de los objetivos.

Cuando el niño, niña o adolescente, al finalizar su permanencia en la RAE, vuelva a la Residencia de origen, se debe mantener la coordinación con los dispositivos de salud necesarios que garanticen la **continuidad del tratamiento**<sup>10</sup>, que le permitan mantener su estabilidad biomédica y de esta

manera dar continuidad a sus atenciones, de ser requeridas, en el ámbito psicosocial.

## V. MODELO DE INTERVENCIÓN EN RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD

### Objetivo General

Contribuir a la mantención de la estabilización psicoemocional de los niños, niñas y adolescentes que son egresados (alta médica) de una Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico y que requieran de cuidados integrales, de un abordaje de especialidad en salud mental y de rehabilitación intensiva, en un plazo no mayor a 6 meses.

### Objetivos específicos

- a) Asegurar un espacio de cuidado y tratamiento emocionalmente seguro, acorde a las necesidades de salud mental y características de los niños, niñas y adolescentes que ingresen a la Residencia de Alta Especialidad.
- b) Promover la adherencia al tratamiento médico, farmacológico, psicosocial y ocupacional de los niños,

---

<sup>10</sup> Se debe asegurar que el traslado de APS se realice de manera anticipada, pues éste demora entre 20 a 30 días.

niñas y adolescentes respecto de su situación de salud mental.

- c) Vincular a cada niño, niña y adolescente a la red de salud integral con énfasis en salud mental según sus características y necesidades, velando por la continuidad de cuidados, gestionando la coordinación, y articulación de manera permanente con estos dispositivos, durante el periodo de permanencia del niño, niña o adolescente en la RAE.
- d) Favorecer la recuperación paulatina e integral del niño, niña y adolescente, mejorando sus procesos de autonomía de manera progresiva.
- e) Asegurar un proceso continuo de acompañamiento terapéutico para la reincorporación del niño, niña o adolescente a su Residencia de origen.

## Sujeto de atención

La Residencia de Alta Especialidad tiene como sujeto de atención **a los niños, niñas y adolescentes de entre 14 a 17 años 11 meses y 29 días<sup>11</sup>**, (con excepcionalidad de RAE Providencia quienes trabajarán con niños, niñas y adolescentes entre 10 a 14 años 11 meses y 29 días) ingresados a la Residencia de origen y que permanecen internados en una Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos, en Psiquiatría (UHCIP) de la red de salud pública,

---

<sup>11</sup> La Residencia de Alta Especialidad es de carácter mixto.

debido a la complejidad de un cuadro clínico en salud mental y que, al egresar requieren de un dispositivo residencial transitorio (RAE) que permita mantener la estabilización lograda en la UHCIP, previo a retornar a la Residencia de origen.

Dentro de las principales características de los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la RAE, se puede señalar que presentan una historia de vulneraciones a sus derechos fundamentales, generando un gran impacto y/o daño que se manifiesta en distintas áreas de su desarrollo. Sumado a lo anterior, y vinculado a su trayectoria de desarrollo y al impacto y/o daño provocado como consecuencia de las múltiples vulneraciones, presentan o han presentado en algún momento de sus vidas uno o varios diagnósticos en el ámbito de salud mental, y que se encuentran en fase aguda, por lo que requirieron el admisión a las Unidades Hospitalarias de Cuidado Intensivo Psiquiátricas para fines de estabilización de su situación de salud mental a modo de favorecer la mantención de la estabilidad psicoemocional alcanzada en la intervención hospitalaria, en un periodo no mayor a 6 meses.

Una vez concordada la decisión de la admisión del niño, niña y adolescente a la RAE, la Residencia de origen debe solicitar al Tribunal de familia, la ampliación de la medida en cuanto al tiempo y a los objetivos de intervención, sin que esto signifique requerir una nueva medida de protección.

## Vías de Admisión.

La admisión a la Residencia de Alta Especialidad, se establece por disposición de los Tribunales con competencia en materia de Familia, a través de una **derivación ordenada por un juez competente en la causa**, como modificación de la medida, luego de ser dados de alta desde la UHCIP<sup>12</sup>, todo esto en coordinación con el Curador *ad litem* del niño, niña o adolescente.

Previamente a realizar la solicitud de admisión a la Residencia de Alta Especialidad, se reúnen los equipos de intervención de la Residencia de origen con el equipo médico tratante de la UHCIP y equipo RAE, para analizar el caso y definir la admisión a RAE, una vez que se evaluó su pertinencia y existe la suficiente justificación técnica para solicitar la ampliación de la medida en cuanto al tiempo y a los objetivos de intervención. Esto en un contexto de derivación asistida, donde la responsabilidad técnica de manejo es compartida entre los equipos, en un espacio de intercambio de objetivos y estrategias que permitan la efectividad y asertividad para el proceso de tratamiento, actividades como: acercamiento progresivo, desarrollo de estrategias de intervención en conjunto que faciliten la continuidad de cuidados, considerando aspectos biopsicosociales, acompañamiento efectivo, intercambio de información y apoyo post re incorporación.

---

<sup>12</sup> Eventualmente un NNA puede egresar de una Clínica Psiquiátrica Privada y evaluar la pertinencia de ingreso a la RAE, solo si dicho establecimiento privado, corresponde a una extensión de la intervención de un Hospital Público, que por falta de camas debe externalizar su

Una vez acordada la admisión a la Residencia de Alta Especialidad, la Residencia de origen solicitará la orden al Tribunal de Familia competente para su admisión al dispositivo RAE.

Tratándose de un organismo colaborador del cual depende la Residencia de origen, se deberá suscribir un Anexo al Convenio en ejecución por cada sujeto de atención. El anexo adscrito tendrá vigencia por todo el tiempo en que el niño, niña o adolescente esté siendo atendido en la RAE.

La admisión a la modalidad de Alta Especialidad se concretará de acuerdo a los procedimientos descritos en las presentes orientaciones técnicas. Cabe señalar, que la responsabilidad de liderar las coordinaciones para los procesos de: admisión a UHCIP, re incorporación UHCIP/admisión a RAE, y reincorporación a Residencia de origen es de ésta, en conjunto con la Residencia de Alta Especialidad.

Una vez que el niño, niña o adolescente egrese de la UHCIP, el equipo de la RAE deberá solicitar a la UHCIP un informe que incluya:

- Epicrisis.
- Informe de intervención individual centrado en el trabajo de estabilización psicoemocional y/o conductual (indicaciones de médico tratante y equipo técnico del hospital).

atención, lo anterior dado al carácter de trabajo intersectorial que debe estar asegurado para la continuidad de cuidado que se requiere para la intervención en el presente modelo.



La disponibilidad y asignación de cupo en la Residencia de Alta Especialidad, es coordinada entre la UHCIP de la red de salud pública y dicha residencia, a objeto de mantener el número de plazas asignada a esta modalidad y conocer constantemente el número de vacantes reales para una correcta derivación, lo que se define periódicamente entre las reuniones de coordinación entre las tres entidades.

### **Criterios Jurídicos de Admisión.**

La medida de protección decretada por el Juez de Familia respecto a la separación del niño, niña o adolescente de su entorno familiar y su admisión a un centro residencial no se verá modificada por la incorporación del sujeto como beneficiario del dispositivo RAE.

Lo anterior dice relación con que durante el proceso de intervención del niño, niña o adolescente por parte de la residencia de origen, se advierte la necesidad de que él o ella requiera una atención especializada en el ámbito de la salud mental, lo que exige al equipo interventivo buscar que el niño, niña o adolescente acceda a la atención de salud necesaria, lo que por consiguiente implicará ampliar los objetivos de intervención contemplados en la resolución que decretó la medida, y por la residencia de origen la modificación en el plan de intervención. Jurídicamente, la medida de protección de admisión a la Residencia de origen permite la derivación al dispositivo RAE, para dar continuidad al proceso de intervención en conjunto con la Residencia de origen, toda vez, que es ésta la responsable de dar cumplimiento a la medida de protección decretada frente al

Tribunal, configurándose de esta manera como una medida de apoyo y no como una nueva medida de protección. Es por lo anteriormente expuesto que el cuidado proteccional se mantiene en la residencia de origen, toda vez que es ésta la que continuará con el trabajo de intervención psicosocial tanto con el niño, niña o adolescente como con el grupo familiar o adulto relacionado de acuerdo a sus orientaciones técnicas, por cuanto la intervención de la UHCIP con el equipo RAE es de carácter temporal y acotada en el tiempo hasta alcanzar la estabilización que permita la promoción del desarrollo del niño, niña o adolescente, así como para la mantención de los logros alcanzados en la intervención psiquiátrica, para retornar a su residencia de origen.

Al referirnos a las vías de admisión se habla de una modificación de la medida, entendida como una ampliación de la medida de protección decretada por el Tribunal y no como una sustitución de ella que deje sin efecto la medida vigente, por tanto, está concebida como el ejercicio de la potestad cautelar del artículo 22 de la Ley N° 19.968, que faculta al Juez a decretar medidas cautelares innovativas, norma que en su inciso primero señala: *“(…)Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes especiales, en cualquier etapa del procedimiento, o antes de su inicio, el juez, de oficio o a petición de parte, teniendo en cuenta la verosimilitud del derecho invocado y el peligro en la demora que implica la tramitación, podrá decretar las medidas cautelares conservativas o innovativas que estime procedentes. Estas últimas sólo podrán disponerse en situaciones urgentes y cuando lo exija el interés superior del niño, niña o adolescente, o cuando lo aconseje la inminencia del daño que se trata de evitar (...)*”. Ello en estricta relación con el artículo 80 del

mismo cuerpo legal que indica: “(...) *Suspensión, modificación y cesación de medidas. En cualquier momento en que las circunstancias lo justifiquen, el juez podrá suspender, modificar o dejar sin efecto la medida adoptada, de oficio, a solicitud del niño, niña o adolescente, de uno o de ambos padres, de las personas que lo tengan bajo su cuidado o del director del establecimiento o responsable del programa en que se cumple la medida (...)*”. Todo lo anterior, a la luz de las Directrices sobre Las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños, adoptada por la Asamblea General en su resolución A/HRC/II/L.13, de 15 de junio de 2009, la que en Los Principios y Orientaciones Generales, letra B), numeral 11, señala: “...*Las decisiones relativas a los niños en acogimiento alternativo, incluidos los que hubieran sido recibidos en acogimiento informal, deberían tener en cuenta la importancia de garantizar a los niños un hogar estable y de satisfacer su necesidad básica de un vínculo continuo y seguro con sus acogedores, siendo generalmente la permanencia un objetivo esencial...*”, de tal forma que la medida cautelar innovativa adoptada permita que el niño, niña o adolescente mantenga el vínculo con su cuidador/a de la Residencia de origen y a la que se reincorporará una vez cumplidos los objetivos de intervención del dispositivo de salud mental.

#### Crterios clínicos - proteccionales de admisión.

El tipo de cuidados y continuidad de los mismos, requeridos para cada niño, niña o adolescente, permitirá identificar el tipo de acciones inmediatas que se debe realizar desde el momento de concretarse la admisión y la fijación de los objetivos de intervención. Para ello, es indispensable que el

equipo de la Residencia de Alta Especialidad sostenga coordinaciones con UHCIP y con la Residencia de origen, que permitan contar con los antecedentes médicos, tratamientos farmacológicos, recomendaciones especiales de cuidado, conocimiento de la causa proteccional, conocimiento respecto al comportamiento en dependencias de salud y gustos, entre otros, a objeto de que la atención inicial pueda entregar la respuesta que el niño, niña o adolescente requiere.

Dada las características de los niños, niñas o adolescentes, se requieren de cuidados clínicos y de enfermería, con supervisión de su condición de salud permanente, así como intervenciones terapéuticas integrales, junto con una amplia evaluación de recursos comunitarios y de servicios públicos para dar continuidad a los objetivos terapéuticos planteados durante la permanencia en la actual residencia.

En específico, podrán ingresar a la RAE niños, niñas y adolescentes que presentan una o más de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental compensado en UHCIP con alteraciones conductuales y de funcionalidad (riesgo de auto – heteroagresión) y descontrol de impulsos.
- Comorbilidad psiquiátrica grave compensada, que han mostrado refractariedad a diferentes intervenciones terapéuticas en modalidades ambulatorias o cerradas de corta estadía.
- Trastorno de patología dual previamente diagnosticado, refractarios a tratamientos anteriores,

y que haya mantenido un proceso de desintoxicación en UHCIP. **Se aceptarán solo dos casos de manera simultánea en RAE.**

- Desescolarizados, sin integración a redes sociales formales.
- Con tres hospitalizaciones en UHCIP en un periodo de dos años desde la evaluación de admisión a RAE, por estabilización de cuadro psiquiátrico y/o consumo.
- Apoyo familiar y/o adulto responsable ausente o débil, precaria red familiar.
- Presencia de alteraciones psicológicas, a la admisión a UHCIP, asociadas al consumo de drogas, y/o Intento de suicidio.
- Con trayectoria de institucionalización.

Asimismo, no debe existir ningún tipo de discriminación o criterio de selección o exclusión debido a alguna condición sexual o a diversidad de identidad de género.

### Criterios de exclusión

No corresponde la admisión a la Residencia de Alta Especialidad de niños, niñas o adolescentes que, aun presentando un trastorno mental agudo o crónico, tengan la necesidad prioritaria de un tratamiento por otra condición médica, debiendo dicha necesidad ser resuelta en el servicio clínico correspondiente previo a la postulación. Tampoco son

sujetos de atención de esta modalidad quienes presenten discapacidad intelectual moderada a severa. Del mismo modo, los niños y niñas que presentan Trastornos Generalizado del Desarrollo, que apunta a Autismo Infantil, síndrome de asperger, entre otros trastornos del desarrollo.

**Las personas con patologías psiquiátricas en un estado de crisis y en fase aguda deben permanecer en la UHCIP hasta la estabilización de la fase aguda, debido a que requieren un manejo clínico que la Residencia de Alta Especialidad no puede entregar.**

En específico, no corresponderá la admisión a la Residencia de Alta especialidad de niños, niñas y adolescentes que presenten una o más de las siguientes condiciones:

- No se cumplan los criterios clínicos definidos para la admisión.
- Cuadro psiquiátrico que presente indicadores de descompensación tales como riesgo suicida activo.
- Alta médica de UHCIP sin tratamiento farmacológico
- Alta médica administrativa de UHCIP.
- Condición médica que prime sobre el cuadro psiquiátrico.
- Trastorno conductual y de funcionalidad, descontrol de impulsos relacionados únicamente por presencia de discapacidad intelectual moderada a severa y/o daño orgánico.
- Ingreso indicado para medida de separación de la Residencia de origen por conflictos al interior de la misma, sin responder a criterios clínicos, por tanto, no derivados desde UHCIP.

- Adolescentes que estén cumpliendo sanción bajo la Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Juvenil, privado de libertad<sup>13</sup>.
- Tener más de 18 años.
- Casos que requieran de un centro de tratamiento de rehabilitación en alcohol y drogas en modalidad residencial o ambulatoria, al menos que sea parte de un cuadro de patología dual.

## Proceso de Intervención<sup>14</sup>

En el presente apartado se expone el sentido y la operatividad de las acciones que deben generarse durante la permanencia del niño, niña o adolescente en la RAE, a objeto de contribuir en la mejora del bienestar y estabilización psíquica, mediante el establecimiento de un ambiente de cuidado y tratamiento intra residencial emocionalmente seguro, donde se establece una rutina diaria estructurante y contenedora, individual, que promueva la mantención de la estabilización de su situación mental que gatilló su admisión al sistema de salud (UHCIP) y posteriormente a RAE.

Cabe relevar que la contención ambiental y el establecimiento de una rutina diaria estructurante, se constituyen en soportes fundamentales para la intervención en la RAE, trabajando en la generación y mantención de espacios adecuados, buena disposición de los integrantes del equipo, y el control de los estímulos visuales, auditivos y de desplazamiento, lo que busca generar confianzas mutuas entre el niño, niña o adolescente y permitir la prevención de la desestabilización de la situación mental y/o una rápida y eficaz actuación de los integrantes del equipo en caso de una descompensación y situación de crisis.

Las intervenciones basadas en la rutina diaria, así como aquellas orientadas al trabajo individual y/o familiar son

frente a situación de desajuste emocional y/o conductual, Relacionamiento con sociedad civil, Salidas no autorizadas con o sin retorno a la RAE, Desarrollo de conductas de transgresión de ley, Uso de tecnología, Visitas

---

<sup>13</sup> Los adolescentes que están bajo el sistema de Justicia Juvenil, privados de libertad, poseen oferta propia para cubrir estas necesidades.

<sup>14</sup> El proceso de intervención, se debe ajustar a los Protocolos del modelo, a saber: Acceso a prestaciones de Ley para la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, Asistencia a controles de salud, Abordaje

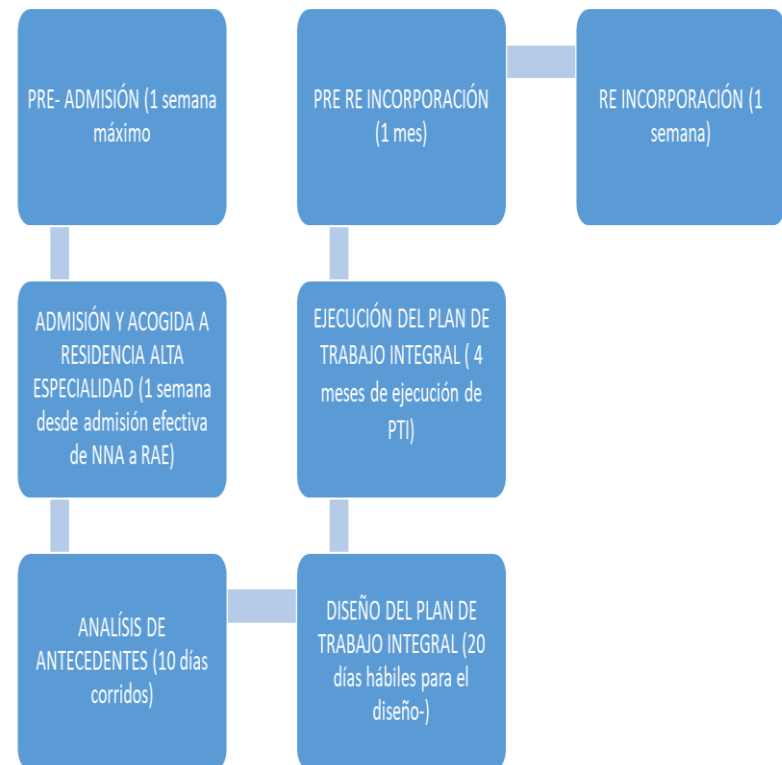
lideradas por diferentes miembros del equipo de la RAE que de modo coordinado estructuran el proceso para así potenciar la intervención.

El equipo interventor de la residencia debe, mediante intervenciones cotidianas desarrolladas por los/as cuidadores significativos de referencia y gestores terapéuticos (acompañada por otros integrantes del equipo interventor), abordar el trabajo para la contribución al bienestar biopsicosocial mediante el fortalecimiento de recursos individuales, relacionales y colectivos, teniendo siempre a la base los contenidos respecto de las experiencias traumáticas sufridas, incluida la separación de su medio familiar y comunitario.

La intervención residencial tiene una **duración proyectada máximo de 6 meses** desde el momento de admisión hasta el re incorporación del adolescente, y comienza con un proceso de evaluación inicial mediante el cual se define el plan de trabajo integral para la mantención de la estabilización, seguido de la ejecución de éste, para finalizar con la etapa de pre-re incorporación y re incorporación.

El proceso de intervención para la mantención de la estabilización se caracteriza por ser dinámico y, por tanto, el paso de una etapa siempre se realiza como resultado de evaluaciones ejecutadas por el equipo residencial con el niño, niña o adolescente, y otros programas participantes, que responden a la pregunta de si el proceso de intervención favorece el logro de los resultados esperados mejorar o aplicar nuevas estrategias, con apoyo de otros co-garantes.

A continuación, se describen los hitos de la intervención y sus respectivas acciones.



## Hito 1: PRE- ADMISIÓN (1 semana máximo)

Esta fase se inicia antes de la llegada del niño, niña o adolescente a la residencia, y tiene como objetivo **definir la pertinencia de la admisión desde la UHCIP en función de las características y el estado actual de su situación psiquiátrica**, a partir de los criterios definidos entre la Residencia de origen y UHCIP, es decir serán estas dos instancias en un primer momento quienes estiman la derivación de un caso a la RAE. Por tanto, implica una coordinación que debe realizarse en forma previa a la solicitud de admisión formal por parte de un juez de familia competente.

Para la toma de una decisión técnicamente adecuada al caso, en primer lugar, tanto la Residencia de origen como la UHCIP, deben enviar a RAE, la documentación y antecedentes que permitan a ésta, generar una primera aproximación. Luego, con ese conocimiento previo, la Residencia de alta especialidad debe sostener una reunión de análisis de caso, con ambas instancias.

La documentación que debe ser entregada por la UHCIP a la RAE<sup>15</sup> es la siguiente:

- Diagnóstico clínico realizado por personal de la UHCIP.
- Resumen del proceso en la Unidad, incluyendo los avances de Plan de Intervención Individual de Tratamiento Integral (PITI).

- Características propias del proceso (tratamiento farmacológico, rutinas, otras).
- indicaciones de fármacos.
- Informe de intervención individual centrado en el trabajo de estabilización psicoemocional y/o conductual. (indicaciones de médico tratante y equipo del hospital).
- Motivo de derivación a la residencia desde UHCIP.

Documentación que debe ser entregada por la Residencia de origen a la RAE:

- Resumen del caso.
- Motivo de admisión.
- Último informe de evaluación realizado.
- Situación familiar.
- Situación del adulto/a relacionado, en caso que éste no pertenezca al grupo familiar.
- Situación comunitaria (se encuentra vinculado a un establecimiento educacional, fue beneficiario de prestaciones de salud, se encuentra en el registro social de hogares, entre otros)
- Situación educacional y de corresponder toda la documentación asociada.
- Motivo de derivación a UHCIP.
- Otra documentación que los profesionales intervinientes en el caso consideren relevantes para la intervención.

---

<sup>15</sup> La documentación debe ser entregada a la dupla psicosocial de la Residencia de Alta Especialidad.

Una vez definido la admisión del niño, niña o adolescente a la RAE, el/la profesional (referente) a cargo del caso en la UHCIP, deberá incorporar en su plan de trabajo individual con el niño, niña o adolescente, el traslado a un nuevo espacio residencial, de ser pertinente se deberá intencionar la visita de ésta/e a la Residencia de Alta Especialidad, en la medida que esta actividad sea un aporte en el proceso de estabilización, debiéndose evaluar esta actividad caso a caso.

---

*Protocolo – Admisión y Acogida del/la adolescente*

---

## Hito 2: ADMISIÓN Y ACOGIDA A RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD (1 semana desde admisión efectiva de NNA a RAE)

Una vez que se define una incorporación a la RAE, el equipo de la UHCIP debe hacer traspaso de toda la documentación e información necesaria para dar la continuidad de cuidado requerida, tal como la epicrisis de alta y la contra referencia del usuario a la atención que corresponda en la red de salud, según criterio clínico y oferta de red existente. (Ministerio de Salud & Servicio Nacional de Menores, 2016)

La residencia se constituye desde la admisión como un espacio de acogida donde el niño, niña o adolescente puede comenzar a reconocer el lugar como un espacio de contención (ambiental y afectiva); donde a corto plazo pueda ser sentida, por el niño, niña o adolescente, como una residencia que le ofrece seguridad y estabilidad.

En la acogida se le da a conocer al niño, niña o adolescente y su familia o adulto relacionado, el objetivo de su estadía en la

residencia, el motivo del por qué fue derivado a ésta, los tiempos de permanencia aproximados y otras informaciones básicas e iniciales. Lo anterior debe realizarse, de forma acorde a su edad, capacidades y en consideración de la situación de salud mental en la que se encuentra. Esta información, en la medida que se entregue de una forma clara y apropiada, promueve la disminución del estrés y la incertidumbre. En este espacio es fundamental asegurar la comprensión acerca que no se trata de un castigo, sino que se optó por esta alternativa para protegerlo y atender a sus requerimientos; sin insertar en su relato ideas, sentimientos o valoraciones respecto de su familia y entorno.

Luego, se realiza el acompañamiento en el recorrido por el recinto, se le presenta al equipo de la residencia, los otros niños, niñas o adolescentes y se le muestra su dormitorio.

Así, uno de los primeros objetivos para el equipo será propiciar en todo momento el establecimiento de una relación de confianza con el/la sujeto de atención, lo que implica aceptación y disponibilidad, presentándose como adultos/as a quienes es posible acudir en distintas circunstancias y generando instancias protegidas de interacción para la promoción de un nuevo estilo de relación cercana y protectora, con especial énfasis **durante la primera semana de admisión** a la residencia. Ello considerando que establecer una interacción como la señalada representará un desafío a trabajar día a día, durante la permanencia en la residencia, en especial para el adulto/a que se configurará como cuidador/a de referencia.



Una acogida que cumpla con los resguardos y procedimientos antes señalados, permitirá iniciar un diálogo a sostener durante todo el proceso de intervención, que favorezca la apertura y colaboración del/la sujeto de atención y la familia o adultos/as relacionados, al presentar información veraz y orientación desde el inicio y durante todo el tiempo de estadía, desde el inicio se intentará establecer una relación significativa o vínculo terapéutico, que sustente las acciones de intervención en la confianza y percepción de los integrantes del equipo técnico como personas con las que pueden compartir sus problemas porque recibirán orientación y apoyo para resolverlos.

Una vez que se ha concretado el hito de admisión a la residencia, el equipo debe realizar las acciones administrativas y técnicas correspondientes, que cómo mínimo son<sup>16</sup>:

- Revisión de Resolución Judicial, incorporando revisión de medidas cautelares si las hay.
- Ingreso de información a la base de datos institucional Senainfo.
- Certificado de Nacimiento
- Revisión del registro histórico que pueda existir en Senainfo.
- Apertura de carpeta individual.
- Solicitud de acceso del caso en SITFA<sup>17</sup>.

---

*Protocolo – Relación con tribunales con competencia en Familia*

---

<sup>16</sup> Responsable de esta actividad será el Director o Directora de la RAE, o a quien se derive.

### Hito 3: ANALÍISIS DE ANTECEDENTES (10 días corridos)

El proceso de análisis de antecedentes tiene como plazo 10 días corridos y su propósito es la identificación de recursos y necesidades en los distintos ámbitos para la definición conjunta de objetivos para el proceso de intervención que se desarrollará con cada niño, niña o adolescente, sus figuras de apoyo y las redes locales, sobre la base de la evaluación realizada tanto en la Residencia de origen como en la UHCIP.

Durante la presente etapa y durante todo el proceso de intervención, la participación del niño, niña o adolescente, y sus figuras de apoyo es de carácter protagónico, dando lugar a que puedan aportar en el diseño y ejecución de las intervenciones que se realizan, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento de salud mental y fortalecimiento de los recursos individuales y relacionales. Es importante que en esta etapa se cuente con la participación del Curador ad litem.

Para ello, el equipo debe intencionar el diálogo de lo que el niño, niña o adolescente quiere al término de la intervención respecto de su situación. En este sentido, el equipo interventor, mediante estrategias de diálogo abierto, distendido, de observación de su despliegue cotidiano en la residencia y otros contextos, deben favorecer el relato, verbal o no verbal, respecto de su situación actual.

<sup>17</sup> Sistema Informático de los Tribunales de Familia.

El equipo técnico debe destinar durante el día momentos de dedicación exclusiva a cada sujeto de atención, de forma permanente y sistemática, a fin de reforzar la relación y a la vez observar de la forma más precisa posible el despliegue de éste.

#### Hito 4: DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO INTEGRAL (20 días hábiles para el diseño- 4 meses de ejecución de PTI)

Una vez finalizado el proceso de análisis de antecedentes, el equipo interventor en conjunto con la Residencia de origen, debe elaborar el plan de trabajo integral en un plazo que no supere los **20 días hábiles**, desde la admisión efectiva del niño, niña o adolescente a la Residencia de Alta Especialidad.

---

##### *Protocolo – Elaboración Plan de Trabajo Integral (PTI)*

---

En primer lugar, en función de los antecedentes se definen, en conjunto con la Residencia de origen, los objetivos de la intervención planteados a corto plazo. Estos deben ser personalizados, responder a las necesidades y favorecer, en primer lugar, la mantención de la estabilización psicoemocional y/o conductual y el bienestar del niño, niña o adolescente. Para el logro del objetivo de la intervención, el

---

<sup>18</sup> Se debe incorporar asignación de responsabilidades, incluidas las del gestor terapéutico y cuidador/a de referencia, plazos estimados del cumplimiento de objetivos, y mecanismos o acciones de monitoreo que permitan ir evaluando el Plan.

plan debe abordar el caso de forma integral y, por tanto, incorporar objetivos que aborden los ejes: individuales, salud, comunitario y familiar, siempre en función de acompañamiento, para favorecer la mantención de la estabilización psicoemocional y/o conductual. Un objetivo transversal en el plan de trabajo integral, dice relación con el abordaje permanente, por parte del equipo interventor, sobre la transitoriedad del dispositivo, lo que significa una preparación para la reincorporación del niño, niña o adolescente a su Residencia de origen.

Los objetivos se definen en función de lo que es posible lograr en cada caso, durante la permanencia en la residencia y los objetivos a desarrollar deben ser de corto plazo, dado el tiempo de permanencia en esta Residencia (seis meses). Para el logro de cada uno de los resultados esperados, y por tanto de los objetivos, se requiere que en el plan de trabajo integral se especifique el plazo en el que se espera el logro de éstos y luego, las actividades que se realizarán en dicho periodo. Cada actividad debe indicar el tipo de intervención, el número de sesiones, la frecuencia, para quién/es está destinada, quienes del equipo interventor la ejecutan y quién es el responsable de su desarrollo<sup>18</sup>. Se debe favorecer el uso de diversas metodologías de intervención, que impliquen necesariamente actividades grupales e individuales.

---

##### *Protocolo – Espacios de encuentro*

---

Todo lo anterior, permite que, al momento de evaluar el plan de trabajo integral, sea posible identificar con mayor claridad cómo se ha desarrollado el proceso, en qué aspectos es necesario mejorar como equipo, qué aspectos no se están logrando abordar de la manera esperada con la familia/adulto/a relacionado y el niño, niña o adolescente y qué ha brindado resultados favorables.

En la definición de actividades es fundamental considerar que el desarrollo de éstas también puede implicar a la familia/adulto relacionado, en tanto se debe fomentar su capacidad de acción respecto de eventos relacionados a los sujetos de atención. En este punto es importante considerar que el trabajo que se realiza en el ámbito familiar, está relacionado con estabilización psicoemocional del niño, niña o adolescente, esto debido a que la intervención con la familia y/o adulto relacionado/a se mantiene radicada en la Residencia de origen.

Una vez que el Plan ha sido elaborado, se requiere que todos los co-garantes que se vinculan con el caso, estén en conocimiento de los objetivos a trabajar y los resultados que se pueden esperar para cada momento de la intervención. Esto tiene como propósito favorecer que todos los actores se encuentren alineados respecto del rumbo que se debe tomar para la mantención de la estabilización psicoemocional y/o conductual del niño, niña o adolescente. Para el logro de este punto, es de vital importancia la reunión sistemática del equipo de la RAE, para análisis del caso, en el que se evalúan aspectos relevantes de la intervención, sumado a esto están las reuniones de coordinación con la Residencia de origen quienes participan activamente a través de la intervención

familiar. Este plan debe ser enviado al Tribunal de Familia correspondiente.

A continuación, se presenta un cuadro resumen sobre los aspectos fundamentales del Plan de Trabajo Integral:

OBJETIVO	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Refiere a lo que se espera generar en la intervención para el fortalecimiento de los recursos individuales, relacionales y colectivos, en un trabajo complementario con la residencia donde se proyecta que el sujeto de atención sea derivado al concluir su proceso en la presente residencia.</i></li><li>• <i>Debe definirse objetivos en el ámbito individual, relacional y colectivo.</i></li></ul> <p><i>Los objetivos deben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Ser coherentes a la etapa del curso de vida y la situación de salud mental de los usuarios.</i></li><li>○ <i>Ser coherentes con los recursos y factores de riesgo levantados en la evaluación integral.</i></li><li>○ <i>Ser contruidos en conjunto con la/el sujeto de atención y actores relacionados.</i></li><li>○ <i>Ser coherentes con los tiempos de intervención establecidos.</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Refiere al logro concreto que se espera alcanzar al finalizar el plazo del plan.</i></li><li>• <i>Cada objetivo debe contar con, al menos, un resultado esperado.</i></li><li>• <i>Los resultados esperados deben:</i><ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Ser claros y medibles.</i></li><li>○ <i>Ser coherentes con el objetivo que esperan promover.</i></li><li>○ <i>Ser coherente con la situación actual del adolescente y su familia.</i></li><li>○ <i>Ser coherente con el tiempo de vigencia del plan.</i></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Refiere a todas las acciones que se realizan para el logro del resultado esperado.</i></li><li>• <i>Una actividad no refiere a cada acción sino a un conjunto concatenado de acciones.</i></li><li>• <i>Todos los resultados esperados deben basarse en el desarrollo de al menos, una actividad.</i></li><li>• <i>Las actividades deben:</i><ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Ser coherentes con los resultados.</i></li><li>○ <i>Precisas en cuanto a su característica.</i></li><li>○ <i>Indicar el número de sesiones que implica su desarrollo, así como la frecuencia con que se realizará.</i></li><li>○ <i>Indicar quienes son los beneficiarios directos de la actividad.</i></li><li>○ <i>Especificar quiénes del equipo interventor participan en ella y quién es la persona responsable de su ejecución.</i></li></ul></li></ul>

## Hito 5: PRE RE INCORPORACIÓN (1 mes)

La fase de pre-re incorporación comienza cuando se visualiza el re incorporación del niño, niña o adolescente a la Residencia de origen. Sin desmedro de lo anterior, se trabajará la transitoriedad del dispositivo desde el primer día del niño, niña o adolescente en la RAE, lo que debe ser articulado de forma transversal en el Plan de Trabajo Integral.

Esta fase de pre-re incorporación está destinada a verificar las condiciones para garantizar el bienestar y protección del niño, niña o adolescente en el lugar donde residirá al egresar de la RAE, por tanto, se debe contar con:

- Evaluación de Plan Integral con equipos intervinientes.
- Sesión con el niño, niña o adolescente, su familia y/o adulto relacionado, para evaluar paso por la RAE y proceso de pre re incorporación.
- Establecer en conjunto con la Residencia de origen un plan de continuidad del proceso de estabilización, enfocado en el futuro traslado.

Es así que se realizará una derivación asistida, la que considerará el trabajo con la familia o adulto/a relacionado que ha participado y apoyado el proceso de estabilización, si corresponde.

El Plan de trabajo integral debe reflejar objetivos, actividades y resultados esperados correspondientes a la fase de pre-re incorporación. En ésta el equipo monitorea la vinculación

del/la niño, niña o adolescente con la Residencia de origen, quien lo recibirá al re incorporación de la presente modalidad, mediante la observación y diálogo sobre cómo él/ella se siente en este nuevo proceso y sus apreciaciones respecto de ésta.

En la fase de pre re incorporación el equipo evalúa la integración comunitaria del niño, niña o adolescente, observando sus avances para dar curso al re incorporación definitivo de la presente modalidad.

A modo de síntesis, para la residencia **el proceso de pre-re incorporación, significa realizar las siguientes acciones mínimas de acompañamiento terapéutico:**

1. Coordinaciones intra e intersectoriales para gestionar el traslado, para la atención de salud en la Residencia de origen, ello a fin de garantizar la continuidad de cuidados.
2. Verificación de la efectividad y mantención de los apoyos en el ámbito de la protección social, en lo jurídico, u otras prestaciones que se ha definido como imprescindibles para que la Residencia de origen pueda cumplir su función protectora y lograr el ejercicio de derechos del niño, niña o adolescente.

Verificación in situ de la estabilidad de las condiciones de protección del niño, niña o

3. adolescente.

4. Entrega a la Residencia de origen, un Plan de Continuidad, elaborado entre los profesionales de la Residencia de origen y la RAE, incorporando aspectos médicos y psicosociales.

Una vez verificado todo lo anterior, la RAE debe solicitar al Tribunal de Familia correspondiente el **re incorporación formal del niño, niña o adolescente**, a través de un informe que sintetiza los logros alcanzados (desde lo reportado en el último Informe de Permanencia o Avance) que fundamentan la solicitud.

Una vez que el Tribunal de Familia correspondiente ordena el re incorporación, se comunica al niño, niña o adolescente y adultos/as de apoyo, sobre la decisión y se avanza a la fase de re incorporación.

#### Hito 6: RE INCORPORACIÓN (1 semana)

El traslado definitivo del niño, niña o adolescente al lugar donde habitará, concreta el proceso de re incorporación propiamente tal, el cual conlleva acciones administrativas (re incorporación de Senainfo, revisión y orden de la carpeta y entrega de documentación respectiva, u otros a la Residencia de origen) y la participación en actividades finales de cierre de la intervención residencial, como las que se especifican a continuación:

- Despedida de la residencia, de sus pares y del equipo, en compañía de la Residencia de origen.

- Es el momento en que se expresa en voz alta y ante todos, los buenos deseos para la vida que inicia fuera de la RAE, junto a la entrega de regalos y recuerdos de su estadía, dando posibilidad de registrar dedicatorias de sus amistades o referentes significativos del equipo, si quien se despide así lo desea.
- Sus pares pueden hacerle entrega de tarjetas de despedida, fotografías o regalos voluntariamente.



## VI. INDICADORES

### Indicadores de éxito del proceso de intervención

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Contribuir a la mantención de la estabilización psicoemocional de los niños, niñas y adolescentes que son egresados (alta médica) de una Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico y que requieran de cuidados integrales, abordaje de especialidad en salud mental, y rehabilitación intensiva en un periodo no mayor a 6 meses.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que no requieran su re incorporación a UHCIP por presentar episodios de crisis de salud mental durante su estadía en la RAE.	$(\text{Número de niños, niñas y adolescentes atendidos en residencia de alta especialidad que no requieran su re incorporación a UHCIP por presentar episodios de crisis de salud mental en período } t / \text{Número total de niños, niñas y adolescentes atendidos en residencia de alta especialidad en período } t) * 100$	80%	Diagnósticos médicos individuales
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes atendidos en Residencia Alta Especialidad que cumple con los objetivos de sus planes de trabajo integral	$(\text{Número de niños, niñas y adolescentes atendidos en residencia de alta especialidad que cumple con los objetivos de sus planes de trabajo integral en período } t / \text{Número total de niños, niñas y adolescentes atendidos en residencia de alta especialidad en período } t) * 100$	80%	Base de datos Senainfo



## Indicadores de proceso y resultado

El logro de los objetivos específicos de la Residencia Alta Especialidad se determinará mediante los indicadores que se describen a continuación. El monitoreo periódico (tanto la autoevaluación del equipo como la evaluación de entidades externas a la RAE) de estos indicadores, es indispensable para determinar si se está logrando los resultados esperados y para enfocar las acciones para este fin.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Asegurar un espacio de cuidado y tratamiento emocionalmente seguro, acorde a las necesidades de salud mental y características de los niños, niñas y adolescentes que ingresen a la Residencia de Alta Especialidad.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que cuentan con un cuidador de referencia durante su estadía en RAE	$(\text{Número de NNA atendidos que cuentan con un cuidador de referencia durante su estadía en RAE en período t} / \text{Número total de niños, NNA atendidos en RAE en período t}) * 100$	80%	Carpetas individuales
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que cuentan con un gestor terapéutico durante su estadía en RAE	$(\text{Número de NNA atendidos que cuentan con un gestor terapéutico durante su estadía en RAE en período t} / \text{Número total de NNA atendidos en RAE en período t}) * 100$	80%	Carpetas individuales
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que señala que en RAE se le trata con respeto	$(\text{Número de NNA atendidos que señala que en RAE se le trata con respeto en período t} / \text{Número total de NNA atendidos en RAE en período t}) * 100$	80%	Informes de Supervisión técnica Encuesta de satisfacción de usuario.

Promover la adherencia al tratamiento médico, farmacológico, psicosocial y ocupacional de los niños, niñas y adolescentes, respecto de su situación de salud mental.	Porcentaje niños, niñas y adolescentes en RAE que adhieren a tratamiento farmacológico.	(Número de NNA atendidos en RAE que presentan adherencia a tratamiento farmacológico en período t / Número total de NNA atendidos en RAE en período t)*100	80%	Registro de administración de medicamento diario
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes en RAE que presenta intervenciones de terapia ocupacional	(Número de NNA atendidos en RAE que presenta intervenciones de terapia ocupacional en período t / Número total de NNA atendidos en RAE en período t) *100	80%	Carpetas individuales
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan de RAE con derivación asistida	(Número de NNA egresados de RAE con derivación asistida en período t / Número total de NNA egresados de RAE en período t) *100	100%	Carpetas individuales
Vincular a cada niño, niña y adolescente a la red de salud integral con énfasis en salud mental según sus	Porcentaje niños, niñas y adolescentes en RAE que al momento del re incorporación se encuentran vinculados a las redes de salud.	(Número de NNA egresados de RAE que se encuentra vinculado a las redes de salud en periodo t / Número total de NNA egresados en periodo t) * 100	70%	Base de datos Senainfo

características y necesidades, velando por la continuidad de cuidados, gestionando la coordinación, y articulación de manera permanente con estos dispositivos.	Porcentaje de niños ,niñas y adolescentes que durante su estadía en RAE acceden a atención en sistema de salud cuando lo requieren	(Número de NNA atendidos en RAE que acceden a atención en sistema de salud cuando lo requieren en periodo t/ Número total de NNA atendidos en RAE en período t) * 100	100%	Base de datos Senainfo  Carpetas individuales
Favorecer la recuperación paulatina del funcionamiento global del niño, niña y adolescente.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que durante su estadía en RAE presentan intervenciones socio educativas individuales o colectivas.	(Número de NNA atendidos en RAE presentan intervenciones socio educativas individuales o colectivas en periodo t/ Número total de NNA atendidos en RAE en período t) * 100	100%	Base de datos Senainfo  Carpetas individuales
Asegurar un proceso continuo de acompañamiento terapéutico para la reincorporación del niño, niña o adolescente a su Residencia de origen.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que durante su estadía en RAE, presentan en su plan de trabajo integral objetivo vinculado al acompañamiento terapéutico para la reincorporación a la Residencia de origen.	(Número de NNA atendidos en RAE presentan en su plan de trabajo integral objetivo vinculado al acompañamiento terapéutico para la reincorporación a la Residencia de origen en periodo t/ Número total de NNA atendidos en RAE en período t) * 100	100%	Base de datos Senainfo  Carpetas individuales

## Metas transversales SENAME

Las siguientes metas transversales se consideran en toda modalidad programática de la oferta de protección de SENAME y refieren a la calidad de la información que proporcionan los proyectos al Servicio y a la satisfacción que reportan los adolescentes respecto de la atención recibida.

INDICADOR DE	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	META
Calidad de la información	Índice de calidad de la información de acuerdo a los criterios de oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnóstico no registrado, información de admisión sin dato	(Sumatoria de los subtotales de las categorías oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnóstico no registrado, e información de admisión sin dato) /4	1,4% máximo de error
Satisfacción de usuarios respecto de la atención*	Porcentaje de la población atendida que califica favorablemente la atención recibida en la Residencia alta especialidad	(Nº de NNA que califican favorablemente la atención recibida en la Residencia alta especialidad en el año t / Nº de adolescentes atendidas en el año t) *100	80%
		(Nº de familias que califican favorablemente la atención recibida en la Residencia alta especialidad en el año t / Nº de familias atendidas en el año t) *100	80%

(\*): La evaluación de satisfacción de usuarios (encuesta a aplicar, categorías de evaluación) y el procedimiento de aplicación) serán formulados en la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Menores y aplicados en la Residencia de Alta Especialidad.

## Equipo de intervención

Dotación de funcionarios

ROL	DOTACIÓN	CALIDAD JURÍDICA	JORNADA/TURNO
DIRECTOR/A	1	Contrata	Completa
TRABAJADOR/A SOCIAL	1	Contrata	Completa
PSICÓLOGO/A	1	Contrata	Completa
ENFERMERA/O	3	Contrata	Sistema de Turno Rotativo
TERAPEUTA OCUPACIONAL	3	Contrata	Sistema de turno diurno
TÉCNICO/A EN ENFERMERÍA NIVEL SUPERIOR	6	Contrata	Sistema de Turno Rotativo
JEFE/A DE TURNO	3	Contrata	Sistema de Turno Rotativo
CUIDADORES/AS DE DÍA	7	Contrata	Sistema de Turno (4to turno modificado)
CUIDADORES/AS DE NOCHE	5	Contrata	Sistema de Turno (4to turno modificado)
MANIPULADOR/A DE ALIMENTOS	3	Contrata	Sistema de turno
CONDUCTOR/A	1	Contrata	Completa
	<b>34</b>		

Equipo administrativo externalizado

<b>ROL</b>	<b>JORNADA/TURNO</b>
<b>ENCARGADO DE MANTENCIÓN</b>	Por servicio
<b>AUXILIAR DE ASEO</b>	Completa
<b>ROPERÍA Y LAVANDERÍA</b>	Completa

## Selección de personal.

La RAE propicia la constitución de un equipo interdisciplinario, en donde los roles están claramente definidos, pero con el precepto de la flexibilidad a la base, es decir, en la construcción de un lenguaje común entre todas las disciplinas intervinientes, con disponibilidad a realizar los movimientos necesarios para garantizar una atención de calidad a los niños, niñas o adolescentes. Las formas de organización del equipo y de gestión de la residencia, deben ser consideradas a su vez como importantes estrategias favorecedoras del autocuidado, previniendo procesos de *burnout* y rotación de personal.

La residencia considera el trabajo de un equipo de profesionales del área psicosocial, de salud y técnicos, con formación técnica o profesional acreditada, que favorezca una perspectiva comprensiva e integral de análisis e intervención. Junto con ello, el equipo debe contar con conocimientos y experiencia en intervención con adolescentes con trastornos psiquiátricos, vulnerados en sus derechos, así como en el desarrollo de estilos vinculares seguros y trabajo en red.

---

<sup>19</sup> SENAME verificará que cada postulante no figure en el “Registro de inhabilidad para trabajar con niños”, que lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación, en conformidad a la Ley N°20.594 que crea inhabilidades para condenados por

El proceso de selección de quienes integran el equipo de la Residencia Alta Especialidad –sean nuevas contrataciones o reemplazos– se realiza conforme a los criterios y protocolos definidos por el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas de SENAME, cuyo propósito es garantizar la idoneidad de los funcionarios/as y que se cumplan las exigencias de formación y experiencia.

Las personas serán contratadas inicialmente por un período a prueba de tres meses, en consideración a la implementación efectiva de la RAE.

Los funcionarios/as que se desempeñen en una Residencia Alta Especialidad deben cumplir los requisitos generales para ingresar a la Administración del Estado y no presentar inhabilidades e incompatibilidades para el ejercicio de la función pública establecidas en la normativa vigente.

Específicamente, no podrán ejercer funciones en una Residencia Alta Especialidad:

1. Personas inhabilitadas para trabajar con niños o que figuren en el registro de inhabilidades para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad<sup>19</sup>.

delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas Inhabilidades. Se puede acceder al sitio web [www.registrocivil.cl](http://www.registrocivil.cl) en la sección “Consultas de registros en línea” o en el sitio web institucional [www.SENAME.cl](http://www.SENAME.cl)



2. Personas que han sido condenadas por delitos en contexto de violencia<sup>20</sup>.

El Director Regional es responsable de asegurar la verificación de estos antecedentes una vez cada 6 meses para todas las personas que desempeñen funciones en la Residencia Alta Especialidad.

### Inducción al rol y a la institución

El personal contratado participará de la actividad de inducción institucional que realiza el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas de SENAME para dar a conocer los valores institucionales, objetivos y consideraciones respecto al rol de los servidores públicos, conforme a las definiciones que se encuentren vigentes.

Sin perjuicio de lo anterior, los nuevos funcionarios/as participarán localmente de una inducción específica, de forma que tengan plena claridad acerca de las orientaciones técnicas del modelo de Residencia Alta Especialidad, del rol que les corresponde y de las funciones específicas de sus

---

<sup>20</sup> Personas cuyos antecedentes se encuentren en el registro especial que para estos efectos lleva el Registro Civil e Identificación, en conformidad con la Ley N°20.066.

<sup>21</sup> Se dará cumplimiento a lo instruido por la Dirección Nacional de SENAME en las Circulares N° 2309, de octubre 2013, la cual define

cargos. Asimismo, conocerán los estándares de calidad de la atención e información explícita y por escrito de los comportamientos aceptables y los no permitidos con relación al trato hacia los adolescentes<sup>21</sup>. Dicha inducción se realizará preferentemente antes del ingreso de cada funcionario/a (salvo que por razones de buen servicio el funcionario/a deba incorporarse de inmediato).

### Desarrollo de las Personas

En consonancia con su Política de Personas, SENAME promoverá el desarrollo de las personas como medio fundamental para asegurar su buen desempeño y por consiguiente el mayor bienestar de niñas, niños y adolescentes.

Para ello, acompañará a los equipos y a sus jefaturas con un programa de reflexión y formación permanente, herramientas de evaluación del clima laboral y evaluación del desempeño, a fin de conocer las prácticas exitosas, corregir aquellas fallidas e identificar las variables asociadas a las personas que inciden en el éxito del proceso de intervención en la RAE.

procedimientos que se debe utilizar ante hechos eventualmente constitutivos de delito o maltrato físico o psicológico en contra de niños, niñas o adolescentes bajo el cuidado o atendidos por el Servicio Nacional de Menores a través de las administraciones directas.

Para acompañar a los equipos se implementará instancias de reflexión y análisis del desarrollo del modelo con los funcionarios de la Residencia alta especialidad, de manera que retroalimenten la evaluación técnica del mismo, permitiendo de ese modo su mejora continua y la sistematización de las buenas prácticas, tanto en protocolos como en otras herramientas que permitan gestionar el conocimiento.

Se evaluará periódicamente el clima laboral de los equipos, a efectos de conocer las variables que pudieran potenciar su desempeño e implementar consecuentemente acciones de mejora diseñadas desde los mismos equipos y ejecutadas con el apoyo de sus líderes y de la institución.

Se privilegiará la participación de los líderes de las residencias en los programas de desarrollo del liderazgo y de habilidades directivas, proveyendo –de ser necesario– de acompañamiento para asegurar el buen ejercicio del rol.

Se buscará el perfeccionamiento del personal de las RAE por medio de programas de formación que considerarán tanto actividades tradicionales de capacitación (que deberán ser parte de los planes anuales de capacitación) como

actividades internas de reflexión y análisis de su quehacer cotidiano en la intervención con los/las adolescentes y sus familias, promoviendo la generación de comunidades de aprendizaje.

### Cuidado del equipo<sup>22</sup>

En el marco de un Plan Nacional de Cuidado de Equipos, las actividades estarán dirigidas a descomprimir las sensaciones, sentimientos y emociones relacionadas con el trabajo en la RAE que puedan experimentar los profesionales y técnicos.

Es posible identificar tres tipos de apoyo: emocional, instrumental e informacional. El primero, se expresa en el sentimiento de ser amado, de poder contar con alguien, de poder ser escuchado; el segundo, consiste en la prestación de ayuda directa o de algún servicio; y finalmente, el tercero, consiste en brindar información, consejo y/o guía para la resolución de los problemas. (Santana, 2007, p.80)

Dichas actividades se orientan al desarrollo de estrategias de afrontamiento, de trabajo colaborativo y de apoyo mutuo en el equipo, a fin de prevenir el riesgo de sufrir de *burnout* o desgaste profesional<sup>23</sup>. En este punto, es

---

<sup>22</sup> Se sugiere consultar la Guía para el diseño de estrategias de Cuidado de Equipo. FACSO, U. de Chile/DEPRODE, SENAME en [http://www.SENAME.cl/wSENAME/otros/24-horas\\_2015/pdf/4\\_Guia\\_Disenio\\_Estrategias\\_Cuidado\\_%20Equipo.pdf](http://www.SENAME.cl/wSENAME/otros/24-horas_2015/pdf/4_Guia_Disenio_Estrategias_Cuidado_%20Equipo.pdf)

<sup>23</sup> El desgaste y el agotamiento profesional, se refiere a una reacción caracterizada por síntomas que van más allá de lo esperado de acuerdo

con las exigencias de desempeño físico de las labores realizadas. Se presenta en profesionales que trabajan en contacto con personas, especialmente en profesiones de ayuda y en aquellos que trabajan con temas como violencia, abuso, traumatización; especialmente con personas que viven en pobreza, que representa una situación de violencia social. Muchos de sus síntomas se parecen a la depresión o al

fundamental poder relevar el desarrollo de factores auto protectores, en virtud de la necesidad de cuidarse, para poder cuidar a otros.

En ese sentido, se recomienda la realización periódica de instancias que aborden las situaciones y problemas que enfrenta el personal a cargo del cuidado diurno y nocturno de los adolescentes. Es aconsejable que en esas instancias participen los profesionales y la dirección de la RAE, revisando las situaciones detectadas para discernir acerca de las respuestas más apropiadas, acorde a los recursos y a la realidad particular de cada Residencia.

La prevención del síndrome de Burn-out es fundamental, en equipos que trabajan en exposición a estados prolongados de estrés laboral. En este sentido, es necesario que estos equipos se reconozcan así mismo como “equipos expuestos a riesgos” y por otra parte puedan identificar de manera temprana factores protectores para el equipo, a fin de tomar precaución de manera oportuna frente a situaciones de riesgo. Ejecutar acciones dirigidas a identificar y prevenir la aparición de señales de desgaste es prioridad, tanto a nivel individual, de equipos, en las redes, y en la formación profesional

---

trastorno por estrés, sin embargo, se le nombra como “desgaste profesional”, a fin de reformular el problema, lo que implica un cambio en los niveles de conceptualización y de reformulación. Esto, pues la sintomatología no es un problema de trastornos psicológicos individuales, sino que se trata de reacciones que presentan las

personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales (extraído de “Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia”. Arón y Llanos, 2004).

## VII. BIBLIOGRAFÍA

Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato. (2012). Estudio Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva.

Dra. Flora de la Barra M., Dr. Benjamín Vicente P., Dra. Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A.: Estudio de epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual. Rev. Med. Clínica Las Condes 2012.

Horno, P; Echeverría, A; Juanas, A (2017) La Mirada consciente en los centros de protección. CCS

Informe de Visitas Diagnósticas a Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental, MINSAL. Marzo 2017.

McKnight, P., & B., K. T. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. Review of General Psychology, 242-251.

Ministerio Desarrollo Social. (2018). Situación de pobreza en Chile, Estudio CASEN 2017. Santiago, Chile.

Ministerio de salud. (2010). Estrategia nacional de salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (2016) Modelo de gestión: Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (2017) Informe de Visitas Diagnósticas a Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (2017) Plan Diagnóstico Nacional de la situación de salud de personas en residencias de protección del Servicio Nacional de Menores – SENAME, Informe de Resultados y Plan de trabajo. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (2018). Modelo de gestión de la red temática en salud mental en la red general de salud. Santiago, Chile.

Murillo, P. (2001). El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: Cognitivas, conductuales emocionales.

Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

OMS. (2018). Salud mental del Adolescente. Consultado en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

Santana, Alejandra Isabel, & Farkas, Chamarrita. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe* (Santiago), 16(1), 77-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>

SENDA (2016). Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Santiago, Chile.

Estandarización del Proceso de Hospitalización de Niños, Niñas y Adolescentes de la red SENAME, en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría UHCIP, MINSAL-SENAME, 2016

Lineamientos para la puesta en marcha del sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente. MINSAL, SENDA, MIJDHS, SENAME 2017-2018

Plan Nacional de Salud Mental MINSAL, 2017-2025

Steinberg, E., & Sheffield, A. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 83-110.

Summer, R., Burrow, A., & Hill, P. (2018). The Development of Purpose in Life Among Adolescents Who Experience Marginalization: Potential Opportunities and Obstacles. *American Psychology Association*, 73(6),

UNICEF. (2012). 4to estudio de maltrato infantil. Santiago, Chile.

Vijayakumar, N., Op de Macks, Z., & Shirtcliff, E. &. (2018). Puberty and the human brain: insights into adolescent development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 92, 417-436.

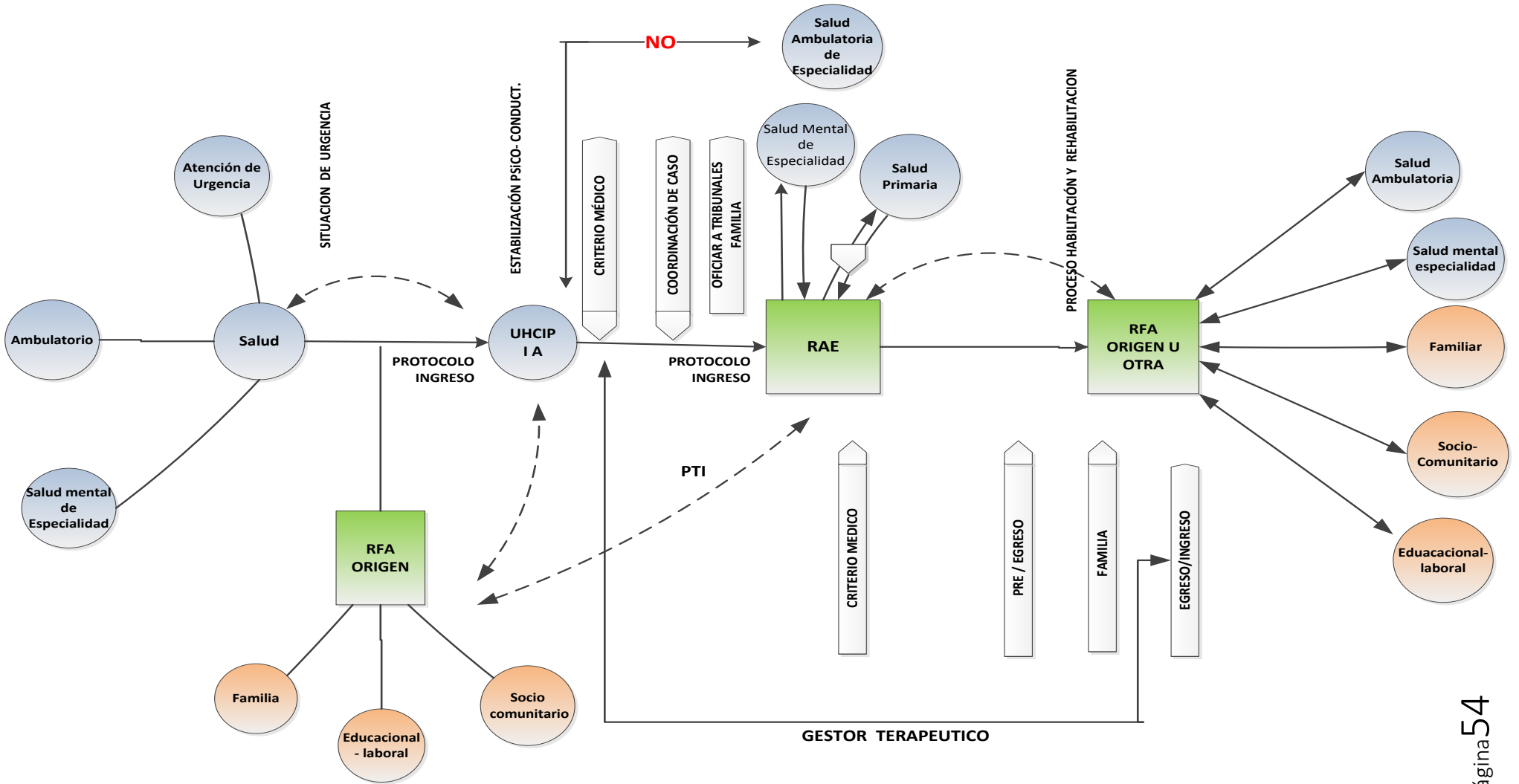
## VIII. ANEXOS<sup>24</sup>

- FLUJOGRAMA RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD
- CONVENIO RAE PARA ORGANISMOS COLABORADORES
- PROTOCOLOS
- PERFILES DE CARGO

---

<sup>24</sup> El modelo de Residencia alta especialidad está conformado por el presente documento y los anexos mencionados.

# FLUJOGRAMA RESIDENCIA ALTA ESPECIALIDAD RAE



DERIVACIÓN ASISTIDA - CONTINUIDAD DE CUIDADOS - ARTICULACIÓN



## FLUJOGRAMA DERIVACIÓN RESIDENCIA DE ALTA ESPECIALIDAD RAE

En el contexto de superar nudos críticos en la derivación y atención idónea de nuestros NNAJ, y las brechas en la existencia de continuidad de cuidados en niveles de especialidad, y de sobre manera en la población Infanto – adolescente con altos niveles de vulnerabilidad social, se hace necesario destacar como eje de importancia el trabajo articulado con los niveles de salud pública, específicamente salud mental de especialidad, y los dispositivos encargados del área de protección.

Con el objetivo de entregar una atención oportuna, facilitar y clarificar la derivación, y la transición de nuestros usuarios/as en estas atenciones, es que se realiza un flujograma donde la RAE se instalaría en un entramado ya construido de atenciones a nivel primario y de especialidad. Para ello es necesario comprender algunos conceptos claves en este abordaje:

- **Proceso de Articulación:** Establecer vínculos con distintas instancias de la red asistencias, social e intersectorial, con el fin de garantizarla continuidad y fluidez del proceso clínico asistencial, de acuerdo a las demandas y ofertas que están reguladas normativamente.
- **Trabajo en Red:** Los dispositivos por sí solo no garantizan en trabajo en red. La constitución de una red de trabajo no reside en el nodo, sino en “las cuerdas” que la componen, es decir las relaciones, entramados y vínculos entre ellos. Cada integrante debe aportar a una tarea en común, que se despliega en torno a objetivos

también comunes de manera horizontal. La red es parte de un sistema social amplio donde el sujeto de atención se construye.

- **Trabajo Intersectorial:** Desarrollo del vínculo con otros sectores en el marco de la colaboración, bajo el intercambio de información, la cooperación, la coordinación. Para lo que se requiere de un nivel óptimo de competencias técnicas, habilidades y valores compartidos.
- **Continuidad de Cuidados:** Proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de los usuarios/as entre los diversos dispositivos del sistema. El grado de cuidado individualizado; la accesibilidad; los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios. En este marco se definen tres mecanismos que constituyen la continuidad de los cuidados; la coordinación de la información entre los nodos, la coordinación de los cuidados entre los diferentes niveles de asistencia y la regulación del acceso a lo largo de la red de los servicios. En resumen, son las estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas, en una red donde estas cuenten con acompañamiento y seguridad en la atención de manera continua y oportuna.
- **Derivación Asistida:** Proceso de contacto personal, intercambio de objetivos y estrategias a desarrollar de

manera conjunta entre el equipo derivador y el equipo que recibe el caso, para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados. Dicha derivación resulta efectiva, sí y solo sí, existe un espacio efectivo y asertivo en el intercambio de la información del proceso de atención del usuario/a. Incluye el acompañamiento terapéutico, el desarrollo de estrategias de intervención conjunta, acompañamiento personalizado de alta frecuencia en la primera etapa, manejo y entrega de información, apoyo post re incorporación, identificación clara del responsable de la derivación y de la red de apoyo, diagnóstico integral, sugerencias, informes.

- **Coordinación de Caso:** Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad de UHCIP y Equipo Técnico de la RAE, con el objetivo de evaluar la pertinencia y priorización de la derivación a nivel de especialidad de atención en RAE. Dialogo dirigido a la coordinación del caso, estableciendo acuerdos, roles, responsabilidades compartidas, supervisión y apoyo a equipos psicosociales, claridad y despeje sobre situaciones clínicas del caso abordado de manera conjunta. Además de generar las estrategias y estructura de coordinación que permitan la actuación integrada de los dispositivos, brindando posibilidades concretas de garantizar la continuidad en la atención a cualquier dificultad de

salud mental que se presente. (Plan de Tratamiento Integral).

- **Plan de Tratamiento Integral:** Plan que constituye los objetivos terapéuticos, estrategias de intervención y actividades a realizar, asignación de responsabilidades, incluidas las del gestor terapéutico, plazos estimados, mecanismos y criterios de monitoreo del mismo plan, plan de pre-re incorporación, re incorporación y post re incorporación.
- **Atención Primaria de Salud:** Nodo articulador del sistema de atención de la red de salud pública general que otorga atención de salud mental a personas con enfermedad mental estabilizada de menor gravedad. Provee cuidados básicos en salud que incluyen acciones ambulatorias de baja densidad tecnológica y con alta complejidad sociocultural, en los ejes de Prevención, promoción y tratamiento integral, cuidados domiciliarios y rehabilitación psicosocial en salud. Centros de salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas Rurales (PSR), Hospitales Comunitarios. Con implementación de un modelo de atención integral de salud familiar y comunitario. Atención de Urgencia Servicio de Atención de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR); Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR).

- **Atención Nivel Secundario:**

- **Especialidad Ambulatoria en Salud Mental:** Atención Ambulatoria de especialidad, otorga servicio de alta densidad tecnología, atención de carácter temporal, coordinado y articulado con los otros dispositivos de atención de la red de manera articulada e intersectorial. Cuentan con un equipo transdisciplinario desde un modelo comunitario de atención de salud mental y modelo de atención integral de salud familiar, con respuesta en la atención de necesidades de recuperación, rehabilitación, contribuyendo a la inclusión socio-comunitaria de las personas, familias y comunidades atendidas. Centros Adosados de Especialidad (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría, Centros Comunitarios de Salud mental (CSMC - COSAM).

- **Atención Nivel Terciario Salud mental:** Atención en alta complejidad en modalidad abierta y cerrada.

**Abierta:**

- Hospital de día Infanto – Adolescente.

- Centros de Tratamiento para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas. (Centro Tratamiento).
- Unidad de psiquiatría de Enlace, Psicología de la salud y Medicina Psicosomática.

**Cerrada:**

- Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) Infanto-Adolescente ex Corta Estadía.
- UHCIP en medio privativo.
- Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adolescente. (UCRIA)
- Hospitales Psiquiátricos.

De esta manera, un/a usuario/a que se encuentre en Residencia Familiar de administración directa de nuestro Servicio, previamente incorporado en la red de salud pública, y que, por alguna situación de complejidad en salud mental ingresa a algún dispositivo de atención ambulatoria (urgencia, o especialidad) y es derivado a Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría por la complejidad y gravedad que presenta su cuadro médico, y después de esto, una vez realizado el tratamiento de compensación del cuadro clínico, requiere un apoyo mayor en la mantención de estabilización psico-concutual, con indicación médica podría ser perfil de atención en RAE. Si esto ocurre se genera un primer hito desde **la Derivación Asistida** del caso.

Esta derivación asistida debe cumplir con el criterio médico de admisión, el protocolo de admisión de la RAE, el protocolo de re incorporación de UHCIP, la coordinación con equipo técnico de Residencia Familiar y la derivación desde Tribunales de Familia. Derivación que se enmarca en un contexto de coordinación del caso, previamente estructurada y acordada con todos los actores intervinientes en el caso, designando además el gestor terapéutico que será responsable del proceso del NNAJ.

En un segundo hito de **Coordinación del Caso**, se concreta la derivación y se establece de manera articulada un primer Plan de Tratamiento Integral, con sugerencias del dispositivo médico en el abordaje y manejo de situaciones específicas de salud mental, informe médico integral, esquema farmacológico, atención oportuna en nivel ambulatorio, distribuyendo responsabilidades y tiempos de cumplimiento, todo esto con el objetivo de cumplir con la continuidad de cuidados necesarios al alta de tratamiento de hospitalización que puedan asegurar la atención oportuna e idónea.

En el **admisión a RAE**, tercer hito en esta línea de continuidad de tratamiento, el cual debe ser a través de oficio de Tribunales de Familia. Aquí se efectuarán las acciones pertinentes con salud de especialidad y salud general, así como también las coordinaciones necesarias en lo proteccional con la Residencia Familiar, que permitan generar el proceso de recuperabilidad de la persona, su habilitación y rehabilitación para la mantención de y estabilización psico-conductual en el tiempo. En este momento las estrategias del trabajo psicosocial, comunitario y familiar, se gestionarán a través de acuerdos colaborativos y articulados con la Residencia de origen. Proceso

en el que el Gestor terapéutico juega un rol fundamental en la movilidad del usuario/a en la red de asistencia de salud y proteccional.

Por último, el **Re incorporación de tratamiento**, que incluye las actividades de pre-re incorporación y post-re incorporación, se abordarán en conjunto con equipos de Residencia Familiar, familia y Equipos de atención Ambulatoria de Salud mental las estrategias de cuidado a seguir, sugerencias de los nodos intervinientes, con fuerte mirada en la rehabilitación y habilitación biopsicosocial, y en el trabajo a continuar por la residencia. Dicho periodo ocurre de manera paulatina y progresiva ajustándose a las condiciones y características del caso a caso.

Finalmente, es importante resaltar y comprender que todo este proceso ocurre en un contexto de movilidad, flexibilidad, creatividad y fluidez por parte del curso de vida de los/las usuario/a y la naturaleza de los equipos y los dispositivos, donde los procesos de Derivación Asistida, Continuidad de Cuidados y Articulación son los pilares fundamentales para que el proceso de recuperación pueda ocurrir y ser permanente en el tiempo. La mirada desde los Modelos de Intervención y Atención de Salud Familiar, Modelo Comunitario, con Enfoque de Derechos, Enfoque de Curso de Vida y de Determinantes Sociales y Equidad, se transforman en la carta de navegación de este desafío.