

## Contención física como método de control y castigo en centros residenciales de niños y niñas: análisis de su pertinencia y aplicación en Chile<sup>1</sup>

Silvana Zeballos<sup>2</sup>; Gabriel Guzmán<sup>3</sup>

Recibido: 18 de febrero de 2019 / Aceptado: 12 de julio de 2019

**Resumen.** El Comité de los Derechos del Niño mediante el procedimiento permitido por el Protocolo Facultativo N°5, publicó un informe que planteó que el Estado de Chile ha violado sistemáticamente los derechos de los niños y niñas en centros residenciales. Una de las aristas de ello es la aplicación de contenciones físicas como método de control y castigo. Ello queda reflejado en las altas cifras de niños y niñas que han sido víctimas o testigos de su aplicación, así como por los testimonios de funcionarios. Un panel de expertos analizó la actual normativa al respecto del Servicio Nacional de Menores, servicio público a cargo de la provisión de los centros, problematizando la real necesidad de aplicación de este tipo de actuaciones así como su ámbito de uso y procedimiento.

**Palabras clave:** Contención física; SENAME; centros Residenciales; actuación en crisis.

## [pt] A contenção física como método de controlo e punição em centros residenciais para crianças: análise da sua relevância e aplicação no Chile

**Resumo.** A Comissão dos Direitos da Criança, através do procedimento permitido pelo Protocolo Facultativo n.º 5 subscrito pelo Estado do Chile, publicou um relatório afirmando que o Estado do Chile violou sistematicamente os direitos das crianças em centros residenciais. Um dos aspetos desta situação é a aplicação das restrições físicas como método de controlo e punição. Isto reflete-se nos elevados números de crianças que foram vítimas ou testemunhas da sua aplicação, para além dos depoimentos dos funcionários. Um painel de especialistas analisou as normas em vigor para o Serviço Nacional de Menores, o serviço público encarregado dos centros, problematizando a necessidade real da aplicação destas ações, bem como o seu alcance de uso e aplicação.

**Palavras-chave:** Contenção física; SENAME; centros residenciais, ação em crise.

<sup>1</sup> Artículo desarrollado por la Fundación para la Confianza, organismo no gubernamental de Chile cuya misión es la lucha por los derechos humanos, especialmente de los niños y niñas, construyendo, colaborando y promoviendo espacios de confianza lúcida. Específicamente fue realizada por su área "Observatorio para la Confianza" la cual se encarga de realizar control social a la situación de niños y niñas bajo protección del Estado de Chile. Para más información visitar [www.paraconfianza.org](http://www.paraconfianza.org) y [www.observatorioparaconfianza.cl](http://www.observatorioparaconfianza.cl)

<sup>2</sup> Fundación para la Confianza (Chile).  
E-mail: [silvana.zeballos.c@gmail.com](mailto:silvana.zeballos.c@gmail.com)

<sup>3</sup> Fundación para la Confianza (Chile).  
E-mail: [gabrielguzman@paraconfianza.com](mailto:gabrielguzman@paraconfianza.com)

## [en] Physical Containment as a Method of Control and Punishment in residential Centers for Boys and Girls: Analysis of its Relevance and Application in Chile

**Abstract.** The Committee on the Rights of the Child, through the procedure allowed by Optional Protocol No. 5, issued a report affirming that the State of Chile has systematically violated the rights of children in residential care centres. One of the aspects of this is the application of physical restraints as a method of control and punishment. This is reflected in the high number of children who have been victims or witnesses of its application, as well as by the testimonies from public servants. A panel of experts analysed the current regulations of the National Service for Minors, the public service in charge of their own and third-party centres, criticizing the real need for this type of action as well as its scope of use and application.

**Keywords:** Physical containment; SENAME; residential centers; action in crisis.

**Sumario.** 1. Introducción. 2. Antecedentes normativos. 2.1. Marco normativo sobre violencia y tortura a la infancia. 2.2. Marco regulatorio sobre medidas de contención física. 3. Metodología. 4. Resultados. 4.1 Análisis cuantitativo. 4.2. Entrevistas a funcionarios. 4.3. Consulta a expertos. 4.4 Regulaciones internacionales. 5. Discusión. 5.1. Ética de buen trato. 5.2. Pertinencia y ámbito de uso. 5.3. Procedimiento. 5.4. Gobernanza y regulación. 6. Conclusiones. 7. Referencias Bibliográficas.

**Cómo citar:** Zeballos, S., Guzmán, G. (2019): Contención física como método de control y castigo en centros residenciales de niños y niñas: análisis de su pertinencia y aplicación en Chile, *Sociedad e Infancias*, 3, 261-280.

### 1. Introducción

En junio de 2018 el Comité de los Derechos del Niño notificó al Estado de Chile el informe de investigación de su visita realizada a inicios de ese mismo año, en virtud de una denuncia recibida sobre la situación de los centros residenciales de niños y niñas bajo protección. Según el catastro de junio de 2018 de la oferta programática del servicio público a cargo: Servicio Nacional de Menores (SENAME), Chile tiene 234 centros de cuidado alternativo residencial a su cargo (SENAME, 2018) que dan acogimiento a aproximadamente 6.808 niños y niñas registrados a fines de 2017 (SENAME, 2018b).

El informe concluyó que el Estado es responsable de una “violación grave o sistemática” de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en centros (Comité de los Derechos del Niño, 2018: 16).

El citado informe menciona en su punto n° 75 lo señalado en la observación que realizó el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) a diferentes centros residenciales. El documento relata la existencia de castigos que “intentan justificarse como “contención” de niños y niñas que se encuentran alterados o descompensados emocionalmente: “los tiraban al piso, les doblaban el brazo” o “una tía mete la cabeza de un niño de 6 años en un horno caliente hasta que se sofoque” (Comité de los Derechos del Niño, 2018: 12).

En 2016 se dio a conocer el fallecimiento de niña de 14 años con iniciales L.V que vivía en el Centro Residencial de Administración Directa (CREAD) “Galvarino” del SENAME. Los relatos dados a conocer por el fiscal a cargo de la investigación penal, dan cuenta de que la niña recibió castigos debido a supuesta desobediencia en

donde “la redujeron, la pusieron boca abajo en el suelo, le sujetaron las piernas y una de las imputadas, pesando 90 kilos, se sentó encima, sujetando los brazos por varios minutos”. La causa final del fallecimiento fue “asfixia por sofocación producto de compresión mecánica externa”.<sup>4</sup>

Tres años después, en mayo de 2017, SENAME se tuvo que hacer cargo de la administración provisional del Centro “Alihuén” ubicado en la comuna de Buin, luego de denuncias de tortura realizadas por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). Esta fue la reacción a los maltratos realizados por funcionarios/as de la residencia a tres jóvenes. El organismo privado a cargo de la administración del centro explicó en su momento que “siguieron los protocolos de contenciones”.<sup>5</sup>

Posteriormente, ya en 2018, el INDH presentó una querrela por el delito de torturas, de las que habría sido víctima un adolescente del CREAD de Arica, el cual se habría realizado dentro del contexto de un “proceso de contención” ejecutado por cuatro educadores del recinto.<sup>6</sup>

En todas las situaciones relatadas anteriormente, se han aplicado acciones de contención física justificadas en base a protocolos actualmente existentes. El presente artículo busca profundizar sobre su aplicación en los centros residenciales del país y analizar su pertinencia, forma y regulación, realizando recomendaciones en cada una de estas aristas.

## 2. Antecedentes normativos

### 2.1. Marco normativo sobre violencia y tortura a la infancia

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

La Observación General n° 13 del Comité sobre los Derechos del Niño profundiza las características de cada una de las formas de violencia definidos en la CDN. En ella define al castigo, como una forma de violencia que usa la fuerza física con la pretensión de causar dolor o incomodidad (Comité de los Derechos del Niño, 2011: 10). Asimismo, esta observación define la tortura como “todo acto de violencia contra un niño para obligarlo a confesar, castigarlo extrajudicialmente por conductas ilícitas o indeseadas u obligarlo a realizar actividades contra su voluntad”, en lo que se incluye como posibles autores a personal de los hogares y residencias, siendo generalmente víctimas niños marginados y desfavorecidos (Comité de los Derechos del Niño, 2011: 11).

La definición de la tortura del Comité, va en línea con lo establecido en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en su artículo n° 1, la cual entiende la tortura como “todo acto por el cual se inflija

<sup>4</sup> Ver nota de prensa: <https://bit.ly/2L2XmbX>

<sup>5</sup> Ver nota de prensa <https://bit.ly/2WPFgMQ>

<sup>6</sup> Ver nota de prensa <https://bit.ly/2MZQFdo>

intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia” (Naciones Unidas, 1984).

En Chile, la implementación nacional de las directrices internacionales ha sido compleja. El año 2017 se aprobó la ley n° 21.013 que tipifica el nuevo delito de maltrato y aumenta las penas por maltrato a menores de 18 años, adultos mayores o personas en situación de discapacidad, aumento que se efectúa cuando las víctimas sufran lesiones menos graves, castración o mutilación. Asimismo, fortalece las sanciones de inhabilitación para cargos y funcionarios que realizan labores de cuidado al respecto.

La legislación chilena, en la ley n° 20.968 en su artículo n° 150 A, define a la tortura como:

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

## 2.2. Marco regulatorio sobre medidas de contención física

El Reglamento del Ministerio de Salud, decreto n° 570, para la internación de las personas con enfermedades mentales, define en el artículo n° 27 que el uso de medidas de contención física, farmacológica y aislamiento se reservarán solo para aquellas circunstancias en las que la “conducta perturbadora o de agresión, física o psíquica, hacia sí mismo y hacia los demás, es de un grado de intensidad o inminencia tal, que representa un peligro para la propia persona y/o para los terceros que la rodean”. Esto se daría agotando todas las medidas posibles para el uso de estas medidas, prohibiendo su uso como medio de castigo.

Por su parte, la regulación general sobre contención en psiquiatría, define que la contención es:

[...] un procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada. Su capacitación debiera estar relacionada con la función del agente de salud, en que el funcionario involucre su experticia técnica, sus habilidades personales como la escucha, su capacidad de captar y responder a los cambios en la contingencia de la relación y/o del ambiente (Ministerio de Salud, 2003: 8).

Derivado de esta definición, la norma técnica “Medidas de contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora” define que la contención en hospitalización debe ser privada, con un mínimo de elementos mecá-

nicos, con inmovilización de sólo partes del cuerpo amenazantes, con autorización del médico, por el menor tiempo posible, acompañada con contención farmacológica, con información al afectado, con elementos adecuados y reconocidos y con un uso adecuado de la fuerza, evitando agresiones (Ministerio de Salud, 2003).

Por su parte, la ley n° 20.584 del año 2012, que regula los Derechos y Deberes de los pacientes, plantea, en su artículo n° 26 que el uso de aislamiento, contención física y farmacológica:

[...] deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona, a objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

SENAME por su parte, regula la contención física en el “Protocolo de actuación en situaciones de crisis en centros residenciales” del año 2016. Esta la describe como una técnica “posible de realizar con un niño/a o adolescente en donde solo se puede incorporar sujeción de extremidades y la cabeza. Maniobras de mayor complejidad deben ser realizados únicamente por funcionarios de salud” (SENAME, 2016: 29). La contención debe realizarse en un lugar distinto a donde se originó la situación de crisis, retirado de los otros niños/as (SENAME, 2016: 33).

### 3. Metodología

Para el análisis de la situación se utilizaron diversas metodologías de recolección de información de carácter cualitativa y cuantitativa.

Se realizó un análisis estadístico de la base de datos de la Observación SENAME 2017 realizada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) a 171 centros residenciales del país, de un total de 250 existentes a la fecha, durante 2017. Esta encuesta realizó entrevistas a 405 niños (205 mujeres y 155 hombres)<sup>7</sup>. Específicamente se desarrolló una tabla de contingencia para identificar posibles variables independientes incidentes en la variable “ha sido víctima o testigo de contención física” tanto en la correlación, intensidad y dirección.

Por otra parte, se realizó un panel de expertos<sup>8</sup> para que analizara el protocolo actualmente vigente de SENAME para la actuación en situaciones de crisis y la temática de la contención física. Esto se realizó a partir de la metodología *deplhi*, consistente en la aplicación de un cuestionario escrito anónimo y una discusión en panel presencial posterior realizada en torno a las respuestas de los participantes.

<sup>7</sup> Para mayor acceso a información sobre base de datos visitar: <http://decs.pjud.cl/informe-indh-mision-de-observacion-a-centros-residenciales-de-proteccion-sename/>.

<sup>8</sup> Los participantes del panel fueron considerados a partir de una diversidad académica y de la sociedad civil: Felipe Lecannelier, Psicólogo experto en infancia; Juan Andrés Mosca, Psiquiatra; Alejandra Riveros, Directora Nacional de Aldeas Infantiles SOS; María Isabel Pacheco, de la Comunidad de Organizaciones Solidarias; Alejandro Montecinos, en representación del Colegio de Técnicos en Enfermería; Mauricio Carreño, asesor de la Subsecretaría de la Niñez; Francis Valverde, Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas. Este panel también participó del cuestionario de expertos, en el cual también estuvieron otros expertos/as de manera anónima.

El análisis se complementa con dos entrevistas en profundidad a funcionarios<sup>9</sup> con experiencia de trabajo en el Centro Residencial de Administración Directa “Galvarino”, quien tiene la misión de dar cuidado a niños y niñas entre 10 y 14 años ubicado en la ciudad de Santiago de Chile. En este mismo centro fue donde ocurrió el fallecimiento de la niña con iniciales L.V. detallado anteriormente.

El análisis se complementa con una revisión documental de diferentes regulaciones comparadas en relación a formas de actuación en situaciones de crisis, así como diferentes investigaciones privadas y documentos de gobierno que han generado propuestas y regulaciones aún no implementadas.

## 4. Resultados

### 4.1. Análisis cuantitativo

Según el informe final de observación del INDH a los centros residenciales del país un 84,3% de los niños y niñas, en un total de 381 de casos válidos en este ítem, revelaron haber recibido algún tipo de castigos (INDH, 2018: 330).

En este contexto marco, en base a un cálculo sobre 401 casos de la muestra total, un 12,3% de las respuestas de los niños y niñas distribuidas entre los diferentes tipos de castigos, señalan haber sido víctimas de contención física, específicamente frente a la variable: “Les hacen contención con su cuerpo o con sus manos de manera que los inmovilizan o les cuesta respirar”. El porcentaje aumenta a un 23,72% cuando se toma en cuenta la percepción de los niños/as como testigos (INDH, 2018: 337).

Otros castigos relacionados a la contención física también son reportados en esta investigación. Un 3,4% de los niños y niñas reportan haber sido llevados a una sala de contención y dejarlos solos, lo que aumenta al 7,26% si fueron testigos de esta situación. Asimismo, un 7,2% experimentó haber sido encerrado en un lugar donde no pueden salir, lo que aumenta a 10,6% en calidad de testigos. Al menos un 15,9% de los niños y niñas habría recibido alguno de estos hechos, y un 25,3% declaró ser testigo.<sup>10</sup>

Tabla.1. Castigos a niños y niñas relacionados a contención física distribuidos según autoreporte y percepción

Tipo de castigo	Autoreporte	Percepción
Les hacen contención física con su cuerpo o con sus manos de manera que los inmovilizan o les cuesta respirar	12,3%	23,72%
Los encierran en un lugar donde no pueden salir	7,2%	10,6%
Los llevan a una sala de contención y los dejan solos	3,4%	7,26%
Al menos uno de los tipos de castigo (contención física, encierro, aislamiento)	15,9%	25,3%

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

<sup>9</sup> Se realizaron entrevistas en profundidad durante el primer semestre de 2018 a un educador de trato directo y a un psicólogo del centro que accedieron a participar de ésta.

<sup>10</sup> Esta variable se construyó en torno a la agrupación de las tres variables en análisis.

Uno de cada cuatro niños y niñas testifica haber sido testigo de acciones que conlleven el uso de la fuerza física como forma de actuación a crisis o castigos. Esto da cuenta de un alto uso de ésta en el sistema residencial del país, lo que está en contra de las recomendaciones de su uso como último recurso, lo que manifiesta lo profundo y arraigada de la práctica.

Un análisis en profundidad a la variable sobre aplicación de contención física a su cuerpo, a partir de la base de datos del estudio, da cuenta que, de diversas variables contrastadas con el reporte de los niños y niñas al respecto, algunas están estadísticamente relacionadas de manera directamente proporcional. Estas son: sexo (Hombre), experiencia anterior de institucionalización (Sí), trato de los tíos/as (Malo), víctimas de maltrato (Sí) y toma de medicamentos (Sí). Los datos – proyectados en la tabla n°2- muestran que las intensidades de las relaciones son bajas (V de Cramer entre 0 y 0.2), a excepción de maltrato, que tiene una intensidad media (V de Cramer: mayor que 0.3).

Tabla 2. Tabla de contingencia estadística sobre uso de contención física

Variables independientes		Variable dependiente: ¿El niño reporta contención física?		
Variable	Categorías	Sí	No	Bivariados
Sexo	Hombre	29	101	Chi Cuad: ,000 V Cramer: ,198
	Mujer	20	222	
Edad	Menor de 14	27	198	Chi Cuad: ,355 V Cramer: ,049
	Mayor de 14	23	126	
Permanencia	Menos de 5	41	238	Chi Cuad: ,843 V Cramer: ,020
	Más de 5	8	54	
Experiencia anterior	Sí	33	147	Chi Cuad: ,009 V Cramer: ,139
	No	17	175	
Atraso escolar	Sí	9	61	Chi Cuad: ,835 V Cramer: ,016
	No	30	229	
Visita de familia en año	Sí	39	249	Chi Cuad: ,899 V Cramer: ,007
	No	10	67	
Trato de los tíos/as <sup>11</sup>	Bueno	40	313	Chi Cuad: ,000 V Cramer: ,234
	Malo	8	8	
Víctima de maltrato, abuso, amenaza	Sí	42	133	Chi Cuad: ,000 V Cramer: ,302
	No	7	190	

<sup>11</sup> La encuesta define como tíos o tías en modo general y no refiriéndose solamente a los cuidadores directos. Éstos pueden ser directivos, educadores de trato directo, profesionales, auxiliares y personal de la cocina. El trato hace referencia a un trato respetuoso y cariñoso.

Variables independientes		Variable dependiente: ¿El niño reporta contención física?		
Atención salud mental	Sí	4	20	Chi Cuad: ,956 V Cramer: ,198
	No	5	24	
Toma de medicamentos	Sí	36	108	Chi Cuad: ,000 V Cramer: ,265
	No	12	180	

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

Las variables identificadas se relacionan con características propias que han sido identificadas en los centros residenciales en cuanto al uso de castigo como forma disciplinaria, los cuales pueden ser “altamente riesgosos para niños y niñas vulnerados” (INDH, 2018: 325).

Dentro de las ya mencionadas características propias identificadas, existe el contexto en el cual se generan las experiencias en cuanto al maltrato, asociado claramente a la relación que existe entre los niños y niñas y el entorno con poco sentido familiar de las residencias. En ese sentido podemos visualizar un contexto en el cual el maltrato es identificado como una medida de castigo, correctivo de conductas consideradas como inadecuadas por parte de los cuidadores de trato directo. Por otro lado, la administración de medicamentos, es otra de las medidas para el manejo de situaciones de crisis, lo cual también está determinado como una experiencia habitual dentro de la rutina de los NNA institucionalizados.

#### 4.2. Entrevistas a funcionarios

Las entrevistas realizadas por la presente investigación a funcionarios del Centro Residencial Galvarino dan cuenta de una serie de acontecimientos con respecto al proceder de los equipos al interior, aplicando contención física inclusive en contra una indicación médica, tal y como se ilustra en la siguiente afirmación:

Yo tengo una niña que tengo advertido por todos lados, caso mío, me siento con atribución de prohibir cosas. Una chica que ha estado dos veces hospitalizada, muy parecida a la Lissette, con un esquema farmacológico atroz, está empezando a engordar igual que la Lissette. Todo el mundo dice que va para donde fue la Lissette. Y tengo prohibido que la contengan físicamente. Sale de corta estadía en abril y a mediados de junio ya la estaban conteniendo. Días después, primer intento de suicidio (Funcionario Centro Galvarino).

La misma persona afirma:

Cuando yo llegué a Galvarino, había una niña (nombre de la niña anónimo) que tenía una deficiencia intelectual de moderada a severa. La niña no entendía razones, no entendía nada, y era muy impulsiva. Y en el momento cuando manifestaba todas sus rabias, todas sus penas, todo su dolor, su frustración; la manera para ella era golpeando puertas, compañeros, venían estas contenciones, y era un ejercicio de dos a tres veces al día. Imagínate el daño a nivel neurológico que generaba ese



tipo de prácticas, tú sabes que una situación así, genera hasta una mayor secreción de cortisol y eso va dañando tu organismo. Esa niña está profundamente dañada, o sea ya entró dañada al sistema y ahora va salir irreparable por así decir. Te estoy hablando de un caso que me parece un caso muy grave y estoy absolutamente segura que el caso de Lisette fue similar (Funcionario Centro Residencial Galvarino).

Según la versión de otro funcionario del centro, la contención física sería un mecanismo normalizado de abordaje de las situaciones de crisis:

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

Esta normalización de la contención física respondería según los entrevistados a una forma de control interna sobre los niños/as de este centro:

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

Según uno de los entrevistados, esta situación estaría respaldada por los protocolos institucionales del SENAME que avalaría su aplicación de forma recurrente, tal y como se ilustra en la siguiente afirmación:

[...] o sea este protocolo lo valida. Todo lo que hace la gente, tú lees el protocolo, la gente técnicamente responde coherentemente a este protocolo. No obstante, el protocolo no se funda en los derechos del niño (Funcionario Centro Residencial Galvarino).

### **4.3. Consulta a expertos**

Un primer aspecto de consulta a los expertos fue referirse al protocolo de actuación en situaciones de crisis de SENAME vigente al primer semestre del año 2018. En su análisis se concuerda en la deficiencia en la advertencia sobre la progresividad de las acciones de contención anteriores a la aplicación de fuerza física, y la detección de indicadores que permitan identificar las acciones correctas según diferentes estados.

Este protocolo es inapropiado, aunque los NNA en cuidado alternativo residencial fueran cuidados solo por profesionales, es una indicación inadecuada, toda vez que no establece que antes de la contención física se requiere una serie de otros

elementos y herramientas para el trabajo cotidiano y la contención en crisis para casos excepcionales (Cuestionario a expertos).

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

Entre los expertos/as también se realiza una observación al procedimiento médico general regulado para la aplicación de la contención física:

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

Ahora bien, además del análisis de los procedimientos técnicos, los expertos/as realizaron también un cuestionamiento a la pertinencia de la contención física en niños y niñas bajo cuidado residencial. En un primer ámbito se recalca la necesidad de establecer procedimientos basados en un enfoque de buen trato, fundamentados en la generación de vínculos de confianza y afecto:

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

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

La problematización de la contención física también se realizó en torno a la experiencia de alto trauma infantil que han vivido producto de los efectos de la polivictimización de la violencia y la institucionalización misma. En este marco, la aplicación de contención física sería altamente contraindicada para este perfil de niños y niñas.

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

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

En este mismo marco, la consulta a expertos señala que la regulación nacional al respecto no daría cuenta de las necesidades de este perfil:

[...] el modelo del protocolo no da cuenta de la situación traumática real de los niños/as institucionalizados, sino a “crisis de personas que: 1) no tienen una historia de trauma complejo; 2) el propio contexto vital de los niños es otra situación traumatizante y crónica (Cuestionario a expertos).

Como consecuencia de ello, la contención física reproduciría el maltrato en los niños generando efectos de revictimización y repetición de los patrones de violencia.

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

Los expertos/as también señalan que la contención física pareciese ser más una forma de control, siendo este tipo de herramientas una forma de respuesta general a situaciones de crisis, más allá de su asertividad según cada caso.

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

Por otra parte, la aplicación de la contención física de una persona con agitación psicomotora es mencionada frecuentemente, tanto por los entrevistados/as y expertos/as, como una tarea exclusiva de personal médico y no es posible realizar en un centro residencial.

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

Lo señalado anteriormente se relaciona con el debate sobre qué tipos de unidades residenciales y bajo qué dependencia institucional debiese estar autorizada la contención física a niños y niñas.

Yo creo que hay otro elemento también que es el tema de dónde deben estar los niños de acuerdo a las características de nivel de daño, si lo quisieras poner en grado de vulneración, porque un niño o niña que requiere contención dada su

situación física, psicológica debiera estar en un espacio precisamente protegido, que esté vista su situación de manera permanente pero si está en un grupo de 8, 10, 15, 100 niños, niñas más que tienen de todo tipo de situaciones evidentemente además eso facilita que pueda tener una crisis en sí misma. Por eso, primero que nada, precisamente cuando tú decías lo de los 5 profesionales de salud en una casa de 10 niños, no es lógico porque esos 10 niños van a tener que ser similares para poder estar en ese espacio y debería haber espacios especializados para los niños que están con graves traumas y eso yo creo que lo primero que no pasa (Panel de expertos).

#### 4.4. Regulaciones internacionales

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, define las situaciones de crisis como una:

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

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

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

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

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

El estándar español plantea la necesidad de que las residencias tengan un reglamento interno acordado. El uso de la contención física está detallado en el punto

16.4, estableciendo que deberá estar bien detallado en el reglamento, con personal formado para su aplicación, restringida como medida protectora para evitar mayor daño al propio joven o a los que lo rodean, estar los jóvenes informados del procedimiento, debe ser registrada, tener un diálogo posterior con el joven y con espacios especiales diseñados para ello. Establece también que el procedimiento deberá implicar la mínima fuerza para cumplir su objetivo, con más de un miembro del personal (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012: 81-82).

Los estándares de diferentes provincias españolas especifican su uso a determinados tipos de residencias. Por ejemplo, en provincias como Bizkaia (Diputación Foral de Bizkaia, s/f) o Navarra (Gobierno de Navarra, 2003), el uso de salas de contención física está solamente permitido para residencias que tengan programas de atención a menores con minusvalías graves (psíquicas graves y crónicas reconocidas) y para niños/as con problemas graves de comportamiento. Se plantea que los criterios de utilización de este espacio serán detallados por el servicio público a cargo y acordados por la Fiscalía de Menores.

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

En concreto, señala que las causales que hacen factible para su aplicación son: riesgo de lesiones a terceras personas o a sí mismo, riesgo de interrupción de procesos terapéuticos del propio residente u otros, evitar daños significativos en el servicio, y reducir estímulos sensoriales. (Junta de Andalucía, 2016: 63). Asimismo, explicita que no debe aplicarse cuando las características físicas y psicológicas del usuario no la recomienden, cuando los trastornos ya hayan sido resueltos de forma verbal, cuando la violencia tiene un marcado carácter delictivo, como castigo o apremio ilegítimo, como respuesta ante el rechazo al tratamiento farmacológico. Además, agrega que solo pueden ser implementadas cuando haya personal suficiente, esté disponible el material necesario y hayan fracasado totalmente todas las otras medidas alternativas (Junta de Andalucía, 2016: 63). El protocolo establece también una serie de pasos específicos con dos pasos posteriores a la inmovilización física: el aislamiento y la sujeción, también detallados.

Por su parte, los servicios sociales de Cataluña especifican una amplia gama de alternativas de contención frente a crisis, de un uso combinado según sea la situación, tales como el *time out* o aislamiento (en términos preventivos y no de aislamiento físico), la contención verbal, la espacial, farmacológica, física y mecánica.

Específicamente, realiza una diferenciación entre la contención física y mecánica. La física se permite frente a riesgos hacia ellos mismos o terceros, en casos de agitación psicomotora. Para la regulación de Cataluña, la contención física consiste en limitar los movimientos de una persona a partir de la aplicación de fuerza por parte de otra, sin dispositivos mecánicos. La contención física no puede utilizarse en casos de falta de personal, o que este no esté calificado, o que la intensidad de la crisis la haga inaplicable.

En cuanto a la contención mecánica, ésta se permite solamente para situaciones de peligro inminente para uno mismo o terceros, fracasando todos los demás mecanismos. Consiste en la restricción de diversas partes del cuerpo con dispositivos mecánicos. Se establece que la contención mecánica no debiese aplicarse en niños y niñas, además de personas embarazadas, con problemas respiratorios, polimedicadas, deshidratadas, con síndrome de Down o con accidentes físicos recientes. Asimismo, estaría totalmente contraindicada para personas con alto nivel de alteración de conciencia, traumatismos inestables y trastornos hemorrágicos.

## 5. Discusión

Los resultados expuestos dan cuenta de que la contención física como mecanismo de actuación en situaciones de crisis es muchas veces utilizada como una forma de control y castigo a niños y niñas de centros residenciales. Se hace fundamental, por lo tanto, generar prácticas de buen trato que sean preventivas de situaciones de crisis y debatir los mecanismos de actuación frente a éstas, en particular la contención física.

Tanto las opiniones de los expertos, entrevistas y revisión internacional, demuestra que el uso de la fuerza para la actuación en crisis necesita ser discutida y problematizada a nivel nacional, de cara a las características propias de los niños, niñas y adolescentes en centros residenciales. Esto necesita de una ética de buen trato como una variable clave a considerar en el cuidado diario, acompañado por una discusión sobre la pertinencia, ámbito de uso, procedimiento y gobernanza de la contención física.

### 5.1. Ética de un buen trato

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

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

Los centros residenciales se constituyen muchas veces como contextos en los cuales se manifiesta una débil una relación con su entorno. En este sentido, existe desde la institucionalidad y la sociedad una “confianza ciega”, constituida por mecanismos de cierre y poca apertura, que inhiben el control social y aumentan el riesgo de abuso. Se hace necesario que las residencias se constituyan como espacios de confianza lúcida (Murillo, 2012), en donde exista un reconocimiento mutuo, de respeto y cuidado igualitario.

Esto es fundamental para generar un ambiente donde se trate con dignidad a niños y niñas con experiencias traumáticas y sufrimiento. Este trato se caracteriza por la apertura a una “capacidad de reflexión, al lenguaje, a la relación a sí mismo, a la relación con el otro, a la referencia al sentido” (Ricoeur, 1994: 59).

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

## 5.2. Pertinencia y ámbito de uso

La contención física es un concepto polisémico (Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña, 2015) en donde los conceptos de “sujeción”, “contención mecánica”, “inmovilización” han sido utilizados de manera disímil en diferentes guías y normas. Es finalmente el uso de la fuerza física y la restricción de libertades aplicada bajo ciertas condiciones. La *Joint Comission* estadounidense<sup>12</sup> la define como “la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin la autorización del mismo, para restringir su libertad de movimientos. La fuerza física puede ser humana, mecánica o una combinación de ambas” (*Joint Commision*, 2007; citado en Vitolo, 2013: 3). De la misma manera, otros organismos como *Medicare*<sup>13</sup>, la circunscribe como cualquier método manual, dispositivo físico, mecánico, material o equipamiento que inmovilice (...) con fines restrictivos para manejar la conducta del paciente” (*Joint Commision*, 2007; citado en Vitolo, 2013: 3).

Los datos cuantitativos y cualitativos recopilados dan cuenta que el uso de la contención física responde muchas veces a razones multifactoriales que no necesariamente dan cuenta de su pertinencia médica, sino más bien a razones de falta de especialización, capacidad o cantidad del personal frente a situaciones de crisis de diversa índole, que pueden necesitar de otro tipo de respuestas que no impliquen el uso de la fuerza.

Su aplicación es también un tema de alta discusión y debate por sus repercusiones sociales, éticas y por sus efectos negativos posteriores en las personas que la sufrieron (Vitolo, 2013). En el panel de expertos, algunos recomendaron que no sea aplicada a niños y niñas en centros residenciales con alta experiencia traumática. Otros expertos señalaron que ésta, como procedimiento médico, no debiese ser ejecutada en servicios sociales que no sean sanitarios o del sector salud.

En este sentido, es necesario considerar el debate sobre la categorización y dependencia de las unidades residenciales. Tal como se fue posible identificar en el panel de expertos, así como en el análisis documental internacional y nacional, la aplicación de la contención física sí es mencionada como posibilidad para un cierto tipo de centros residenciales con niños y niñas de alta complejidad.

De adoptarse este tipo de decisión, la contención física tendría que ser un mecanismo debidamente regulado y establecido siempre en el contexto de una medida de último recurso. Las cinco reglas consideradas por la Junta de Andalucía, constituyen un criterio de utilización interesante para cumplir este elemento. Éstas señalan que ella pudiera aplicarse siempre y cuando sea indiscutible, indemne, inmediata, inevitable e intachable (Junta de Andalucía, 2016).

Esto implica entender que es solamente aplicable en contextos en donde las situaciones lleguen a un punto tal en que realmente se tenga una urgencia, hayan fracasado

<sup>12</sup> ONG estadounidense que realiza procesos de acreditación a organizaciones y programas de atención médica de los EEUU.

<sup>13</sup> Programa estadounidense de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos.

do todos los mecanismos de contención alternativos, y se ponga en peligro la propia integridad de los niños y niñas, así como la de las personas a su alrededor.

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

### 5.3. Procedimiento

Todo el personal tendría que estar lo suficientemente capacitado para poder diagnosticar a tiempo las diversas señales que permiten prever una eventual situación de crisis psicomotora grave que posiblemente requiera contención física. Esto es elemental para activar protocolos de derivación de urgencia de manera oportuna y que el niño o niña sea atendido por personal médico. Esto debería hacerse siempre de manera precautoria, y no solamente cuando sea evidente la necesidad de actuaciones más complejas.

La contención física tiene que ser aplicada por personal capacitado y especializado. Las variables constatadas como incidentes en el análisis cuantitativo dan cuenta de la importancia que tiene la formación y preparación en el manejo de situaciones de crisis en contextos complejos. Existe consenso por los expertos de que debe estar a cargo de personal médico y asistida por el personal técnico debidamente certificado para ello, dado que es un procedimiento médico. Esto implicaría que, si se adopta la decisión de tener unidades residenciales específicas para niños y niñas de alta complejidad, éstas deberían contar con personal médico disponible para su ejecución.

Todo el personal que pueda verse involucrado en procesos de contención física, debería haber participado de un proceso de precalificación que los registre como calificados. Por ello, se recomienda la transferencia técnica de protocolos en las carreras de formación y realice periódicamente cursos certificados por su cuenta o a través de agencias especializadas. Solamente los funcionarios formados al respecto podrían acceder a este registro. Este proceso de precalificación debe tener evaluaciones psicológicas a los funcionarios.

En caso de presentarse una situación de crisis, un primer paso debería ser intentar, nuevamente, mecanismos alternativos previos, tales como la modificación de contextos, el abordaje verbal, las distracciones lúdicas y el retiro de personas y compañeros/as relacionados a la crisis (Junta de Andalucía, 2016). En este contexto, se recomienda sugerir al niño o niña que asista a una zona de confort separada del centro y otorgarle un espacio que le permita tranquilizarse, lo que debe estar continuamente monitoreado.

Solo si esto no es posible —o no tiene resultados— el equipo a cargo debiera prepararse para la aplicación de un procedimiento de contención física, realizando una comprobación de seguridad tanto en el espacio, en los elementos de los propios funcionarios (anillos, pulseras, collares, relojes), en los del niño o niña, y revisando las circunstancias físicas personales de éste.

La contención física podría ser aplicada solamente si hubiera, en el momento de iniciar el procedimiento, indicios claros de resistencia, debiendo empezar con una explicación por parte del encargado del procedimiento al niño o niña. Por otra parte, los funcionarios que no participen del procedimiento tienen que preocuparse por el



resto de niños y niñas, con la finalidad de procurar la normalización del centro, y alejarlos/as del lugar de la situación de crisis. Paralelamente, se debería llamar de inmediato a los servicios de salud referenciados.

En este punto resulta altamente necesario que se realice un real debate ético y médico sobre los procedimientos sugeridos en las normativas con respecto a la contención física. Este aspecto fue altamente enfatizado por los expertos, los cuales plantearon la necesidad de revisar estas pautas, conociendo la experiencia traumática que viven los niños y niñas institucionalizados. Asimismo, es necesario revisar cada uno de los subprocesos que pudiesen estar involucrados.

Las técnicas de sujeción física debieran ser proporcionales a la necesidad y a las características del niño o niña. El protocolo de Andalucía, por ejemplo, sugiere, en primera instancia, solamente la sujeción de muñecas y axilas (Junta de Andalucía, 2016). Otros autores recomiendan la adopción de una posición supina, evitando presionar cuello, espalda o pecho, sin cubrir la cara, nariz o boca, y elevando el cabezal de la cama en lo posible (Greif y Treibel, 2017: 212). Por otra parte, tal y como especifica el protocolo de Cataluña la contención con el uso de dispositivos mecánicos debería estar contraindicada para niños y niñas. Todos estos procedimientos merecen un debate ético y sanitario profundo.

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

La regulación del procedimiento tendría que detallar las acciones posteriores, tales como la comunicación inmediata del suceso a los servicios públicos de cuidado, al representante judicial del niño o niña, al organismo administrativo o al Tribunal correspondiente. De la misma manera, se debe registrar el suceso en un sistema informático que considere esta variable de manera especial, a fin de retroalimentar los sistemas de monitoreo de los protocolos.

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

#### **5.4. Gobernanza y regulación**

Todos los procedimientos de tipo sanitario, tales como la contención farmacológica, la administración de medicamentos o la contención física habrían de ser reguladas debidamente por la autoridad sanitaria del país. En su desarrollo participarían diferentes instituciones involucradas en salud, como en niñez y adolescencia, tanto a nivel público como privado para alcanzar un nivel máximo de consenso y validación entre los actores. Su formulación habría de recoger la opinión de los equipos territoriales de las instituciones, así como la opinión de la sociedad civil al respecto.

Con relación a esto, el informe de visitas a residencias realizado por el INDH cita un estudio que demostró que el 83.7% del personal conoce los protocolos, pero su

adherencia fluctúa entre un 19.5% y un 42.7% (Konijnendijk, Boere - Boonekamp, Fleuren, Haasnoot, y Need, 2016) citado en INDH, 2018: 33).

Precisamente las entrevistas dan cuenta de un bajo nivel de adherencia al actual protocolo vigente de SENAME debido a la falta de consenso técnico frente a éste. Estamos, en este sentido, en un punto importante de diferencias y resistencias de implementación, normales en las políticas públicas, pero altamente sensibles en este tipo de ámbitos.

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

Para ello, se necesita que la elaboración de los protocolos tenga procedimientos que permitan lograr un máximo nivel de consenso posible. Esto implica considerar instancias de participación multinivel que permitan discutir paso por paso las metodologías y prácticas más acordadas, así como el nivel de flexibilidad y adaptabilidad requeridas.

Por otra parte, es importante que los protocolos tengan un sistema de monitoreo. Para esto se hace necesaria la existencia de indicadores de medición de uso y estándares que sean continuamente comprobados. Esto es fundamental para que, con un marco temporal apropiado, se puedan realizar las adecuaciones y correcciones necesarias. Se recomienda que también su evaluación considere jornadas de discusión y retroalimentación entre el personal de distintos centros residenciales, a fin de evaluar y compartir las prácticas.

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

## 6. Conclusiones

Los resultados recabados en la investigación muestran una naturalización de la contención física como un mecanismo de control frente a situaciones de crisis en los centros residenciales. Tanto las condiciones materiales y humanas, como las normativas, no permiten un uso pertinente y adecuado de su utilización de acuerdo a un ámbito de aplicación bien especificado y claridad sobre los procedimientos.

Uno de los aspectos que más se puede destacar es la identificación de que la contención física, como técnica médica, requiere ser problematizada. Tanto su utilización en niños institucionalizados y con alta experiencia traumática, así como el procedimiento médico general regulado en Chile, no fue un punto de consenso entre el panel de expertos y las fuentes primarias entrevistadas. Asimismo, la experiencia compara-

da muestra diferentes formas de especificar su ámbito de uso, así como una conceptualización diversa, lo que demuestra lo polisémico del término “contención física”.

Lo anteriormente expuesto da cuenta de la necesidad de que el Estado genere un profundo proceso de deliberación médica, psicosocial y ética sobre la pertinencia, ámbito de uso (tanto en perfil personal como tipo de centros) y procedimiento de la contención física como mecanismo de actuación frente a situaciones de crisis. Esta discusión se hace altamente necesaria de cara a la formación de un marco reglamentario sanitario consensuado que permita la aplicación de protocolos de actuación que sean realmente adheridos por parte del personal de los centros.

No obstante, su regulación debe acompañarse de la generación de una serie de condiciones materiales y de personal que permitan su aplicación en un marco de criterios de calidad debidamente requeridos. Esto hace necesario fortalecer los procesos de selección y capacitación del personal que pueda participar de estos procesos, mejores mecanismos de coordinación entre los sistemas públicos sociales y de salud, así como una revisión constante de su implementación.

## 7. Referencias bibliográficas

- Araujo, K. (2016). *El miedo a los subordinados. Una teoría de la autoridad*. Santiago de Chile: LOM.
- Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña (2015). *Documento de reflexión sobre contenciones*.
- Comité de los Derechos del Niño (CRC). (2018). *Informe de la investigación relacionada a Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones* (en línea), <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=41940>, acceso 14 de diciembre de 2018.
- Comité de los Derechos del Niño (CRC). Observación general N° 13 (2011). *Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*, 18 Abril 2011, CRC /C/GC/13.
- Decreto N°570. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 28 de agosto de 1998.
- Dieppe C., Stanhope B., Rakhra, K. (2009). Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. *Emerg Med* 6, 418-20. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.062463>.
- Diputación Foral de Bizkaia. (s/f). *Manual Intervención en situaciones de desprotección infantil* (en línea). <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Manual%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20casos%20de%20desprotecci%C3%B3n%20infantil.pdf?idioma=CA>
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. En F. V. Grífols, *Cuadernos de la Fundación Victor Grífols i Lucas N°13*. Barcelona.
- Gobierno de Navarra (2003). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la comunidad foral de Navarra*.
- Greif, V., Treibel, M. (2017). Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes. *Medicina Infantil*, 24(2), 208-213.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2017). *Misiones de Observación SENAME 2017*. (en línea). <http://decs.pjud.cl/informe-indh-mision-de-observacion-a-centros-residenciales-de-proteccion-sename/>, acceso 15 de noviembre 2018.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2016). *Lineamiento técnico de modalidades para la atención de NNA, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Guía de orientaciones para la Seguridad y Prevención de Situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes*.
- Joint Commision. (2007). *Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH) Oakbrook Terrace*.
- Junta de Andalucía. (2016). *Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*.
- Kooiman, J. (2004). Gobernar en Gobernanza. *Revista Instituciones y Desarrollo* (16), 171-194.
- Ley Nº 21.013. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 29 de mayo de 2017.
- Ley Nº 20.584. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 13 de abril de 2012.
- Ley Nº 20.968. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 11 de noviembre de 2016.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAR-E*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (S/A). *Manual de la Buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia* (en línea). <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/infa36.pdf>, acceso 15 de diciembre 2018.
- Ministerio de Salud (2003). *Medidas de contención para personas con enfermedad mental en episodio de agitación psicomotora*.
- Ministerio de Salud. (2003). *Norma General Técnica sobre contención en psiquiatría*.
- Murillo, J. (2012). *Confianza Lúcida*. Santiago de Chile: Uqbar Editores.
- Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Naciones Unidas (1984). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*.
- Norman, R., Munkhtsetseg, B., Rumma de, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Plos*.
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n' est pas la douleur. *Series Mutations*, (142), 59.
- Servicio Nacional de Menores (2018). Catastro de la oferta programática de la red SENAME (en línea). <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2015/10/CATASTRO-201806.pdf>, acceso 13 de agosto 2018.
- Servicio Nacional de Menores (2018b). Anuario Estadístico SENAME 2017 (en línea). <http://www.sename.cl/wsename/Anuario-Estadistico-2017-SENAME-2018v3.doc>, acceso 12 de diciembre de 2018.
- Servicio Nacional de Menores (2016). Protocolo de actuación para residencias de protección de la red colaboradora de SENAME (en línea). [http://www.sename.cl/wsename/p7\\_05-04-2018/protocolos-2016.pdf](http://www.sename.cl/wsename/p7_05-04-2018/protocolos-2016.pdf), acceso 14 de noviembre 2018.
- Vitolo, F. (2013). *Inmovilización física y contención racional de pacientes*. Biblioteca Virtual Norbe.
- Yanow, D. (2000). *Conducting interpretive Policy Analysis*. Sage University Papers. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412983747>.