

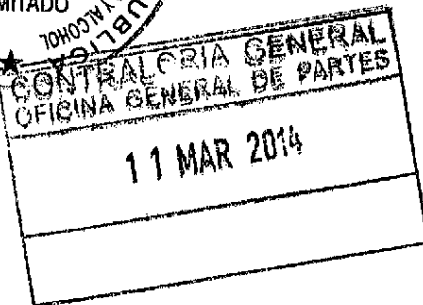


Aprueba bases administrativas y técnicas, y los documentos anexos a ellas, de propuesta pública para la contratación de meses planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, para el año 2014-2015.



### RESOLUCIÓN N° 40

SANTIAGO, 03 DE MARZO DE 2014



**VISTO:** Lo previsto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, de 2000, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado; en la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; en el Decreto Supremo N° 250, de Hacienda, de 2004 que estableció el Reglamento de la Ley individualizada precedentemente y sus modificaciones; en la Ley N° 20.713, Ley de Presupuestos para el sector público para el año 2014; en la Ley N° 20.502 que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2-20.502, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en el Decreto Supremo N° 58, de 18 de enero de 2012, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en la Resolución N° 1.600, de 30 de octubre de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón, y



*[Handwritten signatures]*  
M/RM/POV/MERE/MDT/RG/BIAMS/MTD  
**DISTRIBUCIÓN:**

1. División Jurídica de SENA
  2. Jefa de la División de Administración y Finanzas de SENA
  3. División de Administración y Finanzas (Área de Finanzas)
  4. División de Administración y Finanzas (Área de Compras y Contrataciones)
  5. División de Administración y Finanzas (Área de Convenios de Tratamiento)
  6. Jefa de la División Programática de SENA
  7. División Programática (Área de Tratamiento Infante-Adolescente)
  8. Partes y Archivo
- S-1844-14

**TOMADO RAZON  
CON ALCANCE**



Contraloría General  
de la República  
Subrogante

032679

## CONSIDERANDO:

1. Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (en adelante también "SENDA"), es un Servicio Público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por la Ley N° 20.502, que tiene por objeto la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Le corresponde también, la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.
2. Para el cumplimiento de sus objetivos, de acuerdo al artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol se encuentra facultado para celebrar contratos con entidades públicas y privadas destinadas a otorgar tratamiento y rehabilitar a personas afectadas por el consumo de alcohol y drogas.
3. Que, el Supremo Gobierno, diseñó la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol para el periodo que va entre el año 2011 y el año 2014, la que busca la reducción, no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para ello, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, ha desarrollado y planificado elaborar planes, programas, proyectos y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo, hasta las intervenciones más complejas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de estas sustancias, que resultan problemáticos.
4. Que, en dicho sentido, la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, del Supremo Gobierno, reconoce que en nuestro país existe una importante brecha entre las necesidades de tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol de la población, y la capacidad de respuesta que el Estado está siendo capaz de brindar a través de sus diversas instancias.
5. Que, el consumo problemático de drogas y alcohol, es considerado como un problema de salud crónico o de duración prologada tratable, por lo que la oferta de tratamiento debe cautelar, tanto en su implementación como en su desarrollo, la continuidad en la atención de las personas que se someten a él, no sólo para evitar recaídas o fracasos, sino también en consideración a que los procesos terapéuticos son personales, no tienen un periodo de duración definido, sino que se trata de una trayectoria que se debe enfocar en las necesidades de cada individuo, lo que señala la necesidad de contar con ofertas de apoyo de acuerdo a estos perfiles.
6. Que, las líneas de acción para el tratamiento de drogas y alcohol, propuestas en la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 del Supremo Gobierno, buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas en el consumo de drogas y alcohol, resultando, en este contexto, relevante otorgar tratamiento y rehabilitación a aquellas personas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad social.
7. Que, uno de los grupos cuyas necesidades de tratamiento no se encuentran totalmente cubiertas por la oferta pública y privada existente, lo constituyen aquellas niñas, niños y adolescentes que presentan consumo problemático de

drogas y alcohol, y que se encuentran envueltos en una situación de vulnerabilidad compleja, tanto por la naturaleza de los factores que inciden en su consumo, como porque para revertir esta situación, es preciso influir sobre variables de abordaje especializado, como la salud física y mental, y la vinculación con redes sociales significativas e institucionales.

8. Que, en atención a lo que se viene exponiendo, se ha vuelto una necesidad indispensable para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol contratar el servicio de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes, en modalidad ambulatorio intensivo comunitario, el que considera una intervención para esta población con moderada a severa complejidad en el consumo de sustancias y, por ello, un abordaje terapéutico de alta intensidad.

9. Que, consecuentemente con lo indicado en los párrafos precedentes, considerando que es deber del Estado otorgar una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, capaz de asegurar tratamiento y continuidad en su rehabilitación, y en miras a cumplir los principios de transparencia, probidad, libre concurrencia y trato igualitario a los oferentes, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol se ha visto en la necesidad de iniciar un proceso de propuesta pública mediante la presente resolución, para satisfacer la necesidad antes mencionada para el año 2014-2015.

10. Que, por todo lo anterior, la superioridad de este Servicio ha resuelto licitar, a través de las presentes bases, **7 líneas de servicio** para la contratación de meses de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes que presentan un consumo problemático de drogas y alcohol, los que deberán ser prestados desde la **fecha de suscripción del respectivo contrato y hasta el 31 de mayo de 2015**, dada la naturaleza, complejidad y objetivos de los mismos, y teniendo en cuenta además la necesidad de aumentar las posibilidades de logros terapéuticos sostenibles en el tiempo.

11. Que, estas líneas de servicio fueron definidas de acuerdo a las siguientes variables:

- Caracterización del consumo problemático de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- Brecha entre la demanda y la oferta de tratamiento para la población correspondiente;
- Número de personas máximo y mínimo que facilite el adecuado desarrollo del tratamiento, y logro de objetivos terapéuticos.
- Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- Accesibilidad física (geográfica).

12. Que, el servicio que se requiere, no se encuentra dentro del catálogo de los servicios disponibles a través de convenio marco celebrados por la Dirección de Compras y Contratación Pública.

13. Que, por lo anterior, el servicio debe ser licitado en un proceso de propuesta pública, cuyas bases requieren de la expedición del correspondiente acto administrativo que las sancione y, por ende, vengo en dictar la siguiente:

## RESOLUCIÓN:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Apruébense las bases administrativas y técnicas, y los documentos anexos a ellas, de propuesta pública para contratar meses de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, para el periodo 2014-2015.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Las bases administrativas y técnicas de propuesta pública que se aprueban por la presente Resolución, son del tenor siguiente:

### I. **BASES ADMINISTRATIVAS**

#### 1. **De los servicios requeridos.**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, llama a licitación pública para contratar meses de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes que padecen de consumo problemático de drogas y alcohol, considerando las particularidades de cada individuo, para ser ejecutados durante **doce meses**, a contar de la fecha de suscripción del respectivo contrato. Con todo, la ejecución de los servicios a contratar, no podrá exceder del **31 de mayo de 2015**.

**Los meses de planes de tratamiento se deben otorgar en centros de tratamiento ubicados en las comunas indicadas en las presentes bases.**

Para estos efectos, se entiende por consumo problemático de drogas y alcohol, al consumo de abuso de sustancias, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV, al consumo perjudicial, según el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE 10, y a la dependencia, incorporada en ambas clasificaciones.

Pese a lo anterior, es importante tener en cuenta que el consumo de sustancias en niños y niñas, es decir sujetos menores de 10 años, es algo poco frecuente, pero existente, y en él puede que no se observen indicadores que definen una adicción, como sucede con el síndrome de abstinencia. El consumo en esta población, es siempre problemático, pese a que podamos categorizar éste como no problemático en otro tipo de poblaciones. Por ello, la ejecución de los servicios, que por las presentes bases se licita, debe considerar que el consumo en niños y niñas menores de 10 años, **es siempre problemático**.

El consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera laboral, familiar y en la vida cotidiana, y se presenta como una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos y psiquiátricos, incluyendo los relacionados con los efectos farmacológicos directos de las sustancias, complicaciones médicas del consumo, conflictos familiares y psicosociales, por lo que el tratamiento de este trastorno implica realizar un abordaje con equipo multidisciplinario.

Para los efectos de la presente licitación pública, **la unidad del objeto de contratación es un mes de plan de tratamiento.**

Sin perjuicio de las especificaciones técnicas del servicio que se licita, descritas en las presentes bases, y de aquellas contenidas en documentos vigentes de la autoridad sanitaria, **un mes de plan de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un plan de tratamiento y rehabilitación que contempla un conjunto intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.**

El tipo de intervenciones y su frecuencia, incluidas en un mes de tratamiento, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las características y necesidades de las personas usuarias. Éstas son las siguientes:

- Consulta médica.
- Consulta psiquiátrica.
- Consulta de salud mental. (individual y familiar).
- Intervención psicosocial en grupo.
- Consulta psicológica.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicodiagnóstico.
- Visita domiciliaria.
- Consultorías de salud mental.
- Exámenes de laboratorio que se requieran.
- Medicamentos si corresponde.

La **modalidad** de los meses de planes de tratamiento, que cuya ejecución se licita por las presentes bases, consiste en **ambulatoria intensiva comunitaria**, el que consiste en un tratamiento de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se desarrolla de manera ambulatoria. Este tratamiento está orientado al logro de los objetivos terapéuticos, dirigido a niños, niñas y adolescentes que presentan un abuso y/o dependencia a drogas y alcohol, de riesgo moderado o alto, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que de existir, está compensada. Así, se trata de un plan de tratamiento que procede cuando la adicción no puede ser cubierta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), el que garantiza el acceso a un programa ambulatorio de tratamiento básico, que no es suficiente para la complejidad del consumo presente en esta población.

La modalidad ambulatoria intensiva comunitaria, está constituida por el conjunto de intervenciones individuales, grupales y familiares, que deben llevarse a cabo en terreno y en el centro de tratamiento respectivo, con el usuario o usuaria, su familia, y su entorno cercano. Está dirigido al logro de sus objetivos terapéuticos, los que son construidos en conjunto por los intervinientes mencionados.

Por su complejidad, esta modalidad debe integrarse a la red o redes psicosociales y socio-sanitarias correspondientes, de manera de permitir que el niño, niña o adolescente, reciba todas las intervenciones que requiera en su tratamiento.

La ejecución de este plan de tratamiento se desarrolla principalmente en terreno, donde habitan y se desenvuelven sus usuarios y usuarias. Además, mientras mayor sea el compromiso biopsicosocial del niños, niña o adolescentes, mayor debe producirse un mayor trabajo en red y coordinación con otras instituciones, que pueden o no estar trabajando ya con ellos (residencias protegidas, equipos

especializados o delegados del Servicio Nacional de Menores, equipos de salud, entre otros), de manera de contribuir a la solución de aquellos otros problemas que los usuarios pueden presentar, y los que de un tratamiento por consumo problemático de drogas y alcohol no puede encargarse ni hacerse responsable.

Por lo anterior, se trata de un tratamiento que proveerá una intervención integral, que será complementaria e integrada necesariamente a la intervención que realiza el equipo o red psicosocial y/o socio-sanitaria. Se entiende por **complementaria e integrada** el abordaje mancomunado entre los equipos intervinientes, ubicando al niño, niña o adolescente al centro de tratamiento correspondiente.

Para la ejecución de los servicios, es necesario que se haga, durante el tratamiento, una diferenciación de roles, apuntando a la gestión complementaria de acciones y estrategias de alto impacto, dependiendo de la etapa en que se encuentre el niño, niña o adolescente. Ello, determinará la intensidad y frecuencia de las intervenciones por parte de cada uno de los equipos. Lo anterior se hace a partir del diagnóstico y elaboración del plan individual de tratamiento integral que se dará al usuario o usaria, dependiendo de sus necesidades, evitando así la sobreintervención.

La duración del proceso terapéutico de la población en comento, para alcanzar los objetivos y metas propuestas, es variable. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor 6 meses, cuando el perfil es de menor complejidad, y de hasta 24 meses en los casos más complejos. No obstante lo anterior, estos plazos son aproximados, pues no existen tiempo exactos, lo anterior para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Por ello, es muy relevante que, cada 3 meses, se evalúe el proceso terapéutico de cada usuario o usuaria, de manera de corregir la intervención si no se han alcanzado los logros esperados, o evaluar la mantención de ellos.

Adicionalmente, el tiempo en que un niño, niña o adolescente demora en establecer un vínculo de confianza con un equipo terapéutico, que pueda llevar a producir un vínculo terapéutico, es variable, por lo que el rango de duración del tratamiento no puede establecerse a priori.

## 2. De la modalidad de la licitación pública.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, se reserva el derecho de realizar la presente licitación pública en la modalidad de adjudicación múltiple, por línea de servicio.

Al adjudicar la licitación en la modalidad de adjudicación múltiple, SENDA podrá seleccionar a varios proponentes, pero no más de uno por cada línea de servicio.

Para todos los efectos legales, esta licitación pública está compuesta por las siguientes líneas de servicio:

### Líneas de Servicio:

LS	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA		N° DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO POR MES/NÚMERO DE PLANES DE TRATAMIENTO POR EL PERIODO EN QUE SE EJECUTARÁN LOS SERVICIOS
	REGIÓN	LOCALIZACIÓN DEL CENTRO DE TRATAMIENTO	
1	Tarapacá	Comuna de Iquique	20/240
2	Antofagasta	Comuna de Antofagasta	15/180

3	Metropolitana	Comuna de Peñalolén	30/360
4	Metropolitana	Comuna de Lo Barnechea	15/180
5	Metropolitana	Comuna de Pudahuel	20/240
6	Metropolitana	Comuna de Providencia	15/180
7	Metropolitana	Comuna de Renca	10/120

Cada línea de servicio representa tanto la cantidad de meses de planes de tratamiento que deben ser otorgados durante el periodo que va desde **la fecha de suscripción del respectivo contrato y hasta el 31 de mayo de 2015** (fecha tope para la ejecución de los servicios), como la cantidad de meses de planes de tratamiento que se deben otorgar mensualmente durante dicho periodo, que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, requiere contratar.

La columna "localización del centro de tratamiento" representa el lugar físico en la región en que se necesita que se encuentren ubicados el o los centros de tratamiento, para cuyo efecto se han definido comunas dentro de las indicadas regiones.

**3. Del precio que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará por cada mes de plan de tratamiento.**

Los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol está dispuesto a destinar por cada unidad de mes de **plan de tratamiento ambulatorio intensivo comunitario** ascienden a la cantidad de **\$472.920.-**

Estos precios podrán ser reajustados en el mes de enero de 2015, conforme al reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC), con un tope del 2,8%, durante el año 2014.

Con todo, los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, destinará por cada unidad de mes de plan de tratamiento, estarán sujetos a lo que establezca la Ley de Presupuesto para el Sector Público para el año 2015, reservándose este Servicio la facultad de ajustar el número de planes adjudicados mediante resolución fundada.

**4. Funcionario encargado del proceso de licitación pública.**

El encargado del presente proceso de licitación pública es doña **Kharen Friz Salvo**, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- Correo electrónico: [kfriz@senda.gob.cl](mailto:kfriz@senda.gob.cl)
- Número de teléfono: (02) 25100898.

**5. Cómputos de plazos.**

Los plazos de la presente licitación son los que en cada caso se señalan, entendiéndose como días hábiles, de lunes a viernes, sin considerar los días sábados, domingos y festivos.

En el caso que un plazo expire en día sábado, domingo o festivo el vencimiento se producirá al día hábil siguiente.

## 6. Etapas de la licitación pública.

La presente licitación pública se realizará en una sola etapa, de la forma establecida en el número 11.4. de las presentes bases, teniendo en cuenta que no existe oferta económica en la misma.

## 7. Modificación a las presentes bases.

El Servicio Nacional para Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá modificar las presentes bases hasta antes del vencimiento del plazo para presentar ofertas. Estas modificaciones deberán aprobarse por resolución fundada totalmente tramitada y publicarse en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) bajo el ID que identifica a la presente licitación pública.

En caso de ser necesario, SENDA fijará, prudencialmente, un nuevo plazo para la presentación de ofertas, de manera de permitir que los proveedores interesados puedan conocer y adecuar su oferta a tales modificaciones.

## 8. Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	PLAZO
Plazo para presentar propuestas	20 días corridos siguientes a la fecha de publicación de las presentes bases en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> , hasta las 15:00 horas.
Plazo para presentar garantía de seriedad de la oferta	Hasta el día hábil anterior al cierre de recepción de ofertas indicado en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> .
Apertura de las ofertas	El día 20, corrido, siguiente a la fecha de la publicación de las presente bases, a las 15:01 horas.
Consultas a las bases de licitación	Hasta el día 10, corrido, desde la fecha de publicación de las presentes bases en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> .
Respuestas a las consultas	Hasta el día 15, corrido desde la fecha de la publicación de las presentes bases en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> .
De la evaluación de las ofertas y la adjudicación	20 días hábiles contados desde la fecha de cierre de recepción de las ofertas.
Consultas a la adjudicación.	5 días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
De la inscripción en el registro de proveedores hábiles	Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
Presentación de antecedentes para la suscripción del contrato	Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
Entrega de resolución sanitaria respectiva del centro de tratamiento totalmente tramitada	En el plazo máximo de 15 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
Suscripción del contrato	En el plazo máximo de 20 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.



## 9. De las ofertas.

### 9.1. **Presentación de las ofertas.**

Las ofertas deberán ser ingresadas al portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en el ID que identifica esta licitación, dentro de los **20 días corridos** contados desde la fecha de publicación de estas bases en el referido portal, hasta las 15:00 horas del vigésimo día.

Con todo, en caso de **indisponibilidad técnica de la plataforma del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)** durante este periodo, circunstancia que deberá ser ratificada por la Dirección de Compras Públicas, excepcionalmente las ofertas podrán ser recepcionadas en soporte papel, en la Oficina de Partes de la Dirección Regional correspondiente o la Dirección Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, ubicada, esta última, en calle Agustinas N° 1235, piso 6, comuna y ciudad de Santiago Centro, de lunes a jueves entre las 9:00 am y las 18:00 horas, y los días viernes de 09:00 a 17:00 horas.

En caso de que la indisponibilidad indicada se produzca el día en que vence el plazo para presentar las ofertas, los oferentes tendrán un plazo de 24 horas desde que se produjo la falla en el portal para presentar éstas por escrito en las oficinas antes indicadas.

### 9.2. **Fecha de cierre de presentación de propuestas.**

La fecha de cierre de recepción de ofertas será el día del vencimiento del plazo para la presentación de las mismas, indicado en el número 9.1 precedente, a las 15:00 horas, el cuál será informado en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en el ID que identifica a la presente licitación pública, una vez publicadas las presentes bases en el referido portal.

En caso de que el vencimiento del plazo recayere en día inhábil, se postergará la fecha del cierre de recepción de ofertas para el día hábil siguiente, a la misma hora.

### 9.3. **Número de ofertas.**

Los oferentes podrán ofertar respecto de una, varias o todas las líneas de servicio licitadas que se individualizaron en el número 2 de las presentes bases.

**Cada oferente deberá presentar sólo una oferta por cada línea de servicio a la que postule.** Si un oferente presenta más de una oferta para una misma línea de servicio, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol entenderá como válidamente presentada únicamente la primera oferta subida al portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

### 9.4. **Contenido de las ofertas.**

Toda oferta deberá incluir los antecedentes administrativos que se señalan en estas bases, y una propuesta técnica.

La falta de presentación de cualquiera de los antecedentes requeridos será condición suficiente para rechazar la oferta y declararla inadmisibles.

La propuesta técnica deberá presentarse en el formulario definido para tal efecto en el Anexo N° 3 de las presentes bases, el que para estos efectos, se encontrará disponible en formato Word o Excel, según corresponda, en el portal

www.mercadopublico.cl. En caso que el oferente quiera complementar su información, podrá hacerlo en archivos adicionales.

Se deja establecido que la sola circunstancia de presentar una oferta para esta licitación, implica que el respectivo oferente ha analizado las Bases Técnicas, aclaraciones y respuestas a las preguntas de la licitación, con anterioridad a la presentación de su oferta, y que manifiesta su conformidad y aceptación sin ningún tipo ni condiciones a toda la documentación referida.

#### 9.4.1. Antecedentes administrativos.

Para postular, las personas naturales o jurídicas, además de su propuesta técnica, deberán presentar los siguientes antecedentes administrativos:

- (1) **Declaración jurada simple:** cada oferente deberá presentar, dependiendo si se trata de una persona natural o jurídica, la siguiente declaración jurada simple:
  - o **Persona Natural:** quien suscribe:
    - a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
    - b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.
  - o **Persona Jurídica:** quién suscribe:
    - a) La entidad a la que representa, no está afectada a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
    - b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

Para facilitar el cumplimiento de este requisito administrativo, se adjuntan a las presentes bases el **Anexo N° 1:** modelo de declaración jurada simple de persona natural, y el **Anexo N° 2:** modelo de declaración jurada simple de persona jurídica.

Con todo, se hace presente que SENDA consultará el listado de empresas condenadas por prácticas antisindicales y por infracción de derechos fundamentales del trabajador, publicado por la Dirección del Trabajo, **declarándose inadmisibles** las propuestas de aquellos oferentes que aparezcan condenados dentro de los anteriores dos años a la presentación de las mismas.

- (2) **Garantía de seriedad de la oferta:** Esta garantía se exige para proteger al SENDA contra los riesgos de desistimiento de la oferta dentro del período de validez exigido en las Bases, retiro de la oferta

una vez seleccionada, falta de seriedad en los términos de la oferta, inhabilidad del seleccionado para contratar con el Estado; falta de entrega de los antecedentes requeridos para elaborar el contrato, falta de firma del contrato y falta de entrega de la garantía de cumplimiento de contrato.

La garantía de seriedad de la oferta deberá ser tomada uno o varios integrantes del oferente, **por cada línea de servicio a la que postule.**

Si la garantía de seriedad de la oferta es otorgada en el extranjero, el emisor del documento respectivo debe estar representado en Chile o estar reconocido por un banco o institución financiera chilena.

Esta garantía puede consistir en:

- a) **Boleta de garantía bancaria**, pagadera a la vista, con carácter de irrevocable, tomada por el oferente **a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, R.U.T N° 61.980.170-9**, por un monto de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos), con una vigencia mínima hasta el 21 de julio de 2014, la que debe señalar que está tomada como “**garantía de seriedad de la oferta**” indicando en ella el ID que identifica a la presente licitación pública en el portal **www.mercadopublico.cl** y el número de la línea de servicio a la que postula.
- b) **Póliza de seguro**, tomada por el oferente a favor del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, R.U.T. 61.980.170-9**, por un monto de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos) o el equivalente al monto recién indicado en **Unidades de Fomento** calculado al día de su emisión, con una vigencia mínima hasta el 21 de julio de 2014, la que debe señalar en su glosa que está tomada como “**garantía de seriedad de la oferta**” indicando en ella el ID que identifica a la presente licitación pública en el portal **www.mercadopublico.cl** y el número de la línea de servicio a la que postula.
- c) **Vale o depósito a la vista**, tomado por el oferente en un Banco comercial con oficinas en la ciudad de Santiago, a la vista, con carácter de irrevocable y endosable, a la orden del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, R.U.T. 61.980.170-9**, por la suma de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos).

Si no se presenta el documento de garantía de seriedad de la oferta, o si su presentación es extemporánea, o no estuviera extendida en los términos antes señalados la oferta será **declarada inadmisibile**.

Esta garantía se hará efectiva si:

- Si el oferente adjudicado, mediante comunicación formal a SENDA, se desistiera de su oferta.

- Si el oferente adjudicado presentara alguna de las inhabilidades señaladas en el numeral 13.1 de estas bases.
- Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma los documentos señalados en el punto 13.2. de las presentes bases.
- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada acompañando un certificado de solicitud de resolución sanitaria en trámite, de acuerdo a lo dispuesto en el número 9.4.5 (1) de estas bases, no acompaña, en el plazo máximo de **15 días hábiles** siguientes a la fecha de publicación de la resolución que adjudica la presente licitación pública en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), la resolución sanitaria respectiva totalmente tramitada.
- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada, no acompaña dentro de plazo la garantía de fiel cumplimiento de contrato, solicitada en el número 13.3. de las presentes bases.
- Si el oferente adjudicado se negare a firmar el contrato respectivo dentro del plazo establecido en el punto 8 y 13.4 de las presentes bases.
- El oferente cuya oferta haya sido adjudicada haya presentado datos inexactos o no fidedignos en su oferta y ésta deba ser revocada.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 43 del Reglamento de la Ley N° 19.886, las garantías de seriedad de la oferta serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido declaradas **inadmisibles**, dentro de los **10 días siguientes** contados desde la notificación de la resolución que dé cuenta de la inadmisibilidad, salvo que recurran de cualquier forma en contra de la resolución respectiva.

Las garantías de seriedad de la ofertas serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido **evaluadas y desestimadas**, en un plazo de **30 días hábiles** contados desde la publicación de la resolución que adjudica la línea respectiva a la que postuló, debido a que las presentes bases contemplan la posibilidad de adjudicar aquella oferta que le siga en puntaje a quien haya tenido la mejor calificación en caso que éste se desista de celebrar el respectivo contrato, todo de acuerdo a lo dispuesto en el número 12.2. de estas bases.

Tratándose del oferente adjudicado, la restitución del documento de garantía de seriedad de la oferta se hará una vez que el contrato respectivo se encuentre firmado por el adjudicatario y una vez que éste haya hecho entrega de la garantía de fiel cumplimiento del contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el número 13.3 y 13.4 de estas bases.

Los oferentes deberán retirar sus documentos de garantía de seriedad de la oferta en las oficinas de Servicio Nacional para la

Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol ubicadas en Agustinas N° 1235, piso 9°, comuna y ciudad de Santiago o en la Oficina Regional de SENDA correspondiente al domicilio del oferente. La devolución de los documentos de garantía se hará por medio del endoso correspondiente, en caso que sean endosables, o con la leyenda al dorso “Devuelta al tomador”, en caso contrario. La entrega se efectuará previa firma del Certificado de Retiro y Recepción pertinente.

#### 9.4.2. **Presentación de los antecedentes administrativos.**

La declaración jurada exigida en el número (1) del número 9.4.1. de las presentes bases deberá ser ingresada como “antecedentes administrativos”, digitalizada en formato PDF, al portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) en el ID que identifica esta licitación pública.

Los proponentes deberán presentar la garantía de seriedad de la oferta en las oficinas del SENDA, ubicadas en Agustinas N° 1235, piso 6°, comuna de Santiago o en la oficina regional del SENDA correspondiente al domicilio del oferente, **hasta el día hábil anterior al cierre de recepción de ofertas indicado en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).**

El receptor de la garantía procederá a registrar el ingreso del documento, levantando un acta debidamente firmada por él y por la persona que haga entrega de la garantía, en la que deberá constar el nombre de la licitación, el nombre del proponente, nombre y cédula de identidad de la persona que entregó la garantía y la fecha y hora de presentación de la misma. Copia de dicha acta deberá entregarse a la persona que hizo entrega de la garantía.

#### 9.4.3. **Falta u omisión de los antecedentes administrativos.**

La oferta que no cumpla con acompañar los antecedentes administrativos exigidos en el número 9.4.1., en la forma prevista en el número 9.4.2. precedente, será **declarada inadmisibile** quedando, por tanto, fuera de la presente licitación pública.

#### 9.4.4. **Propuesta técnica.**

La propuesta técnica se hará por cada línea de servicio a la que se postule y deberá ingresarse como archivo adjunto al portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) en el ID que identifica esta licitación pública, debiendo denominarse dicho archivo como “propuesta técnica” y **cumplir con todas y cada una de las especificaciones establecidas en los números 9.4.5., 9.4.6 de estas bases, y lo dispuesto en las bases técnicas.**

Se deja expresa constancia que la propuesta técnica deberá estar contenida en un máximo de 3 archivos, en formato PDF y con una extensión máxima de 20 M.B. (mega bytes) cada uno.

Sólo se considerarán las propuestas que hubieren sido presentadas a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) y dentro del plazo señalado en el número 9.1. de estas bases, por lo que una vez expirado dicho plazo no se admitirá propuesta alguna. Del mismo modo, los proponentes no podrán retirar las propuestas ni hacer modificaciones en ellas una vez presentadas.

#### 9.4.5. Contenido de la propuesta técnica.

**La propuesta técnica debe ajustarse a los servicios requeridos, así como dar cuenta al menos de las Bases Técnicas contenidas en esta licitación pública.**

Toda propuesta técnica deberá contener los siguientes antecedentes, por cada línea de servicio en que desee participar el oferente:

- (1) **Autorización sanitaria**: Copia de la resolución de autorización sanitaria vigente que apruebe el centro de tratamiento respectivo para efectuar las prestaciones ofertadas, el que deberá estar ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de servicio a la que se postula o el documento que certifique, mediante firma o timbre de la respectiva autoridad sanitaria, que se ha solicitado autorización sanitaria. Éste último documento debe indicar, al menos, la dirección del centro de tratamiento cuya autorización sanitaria se solicita, el que debe estar ubicado físicamente en el área de localización señala en la línea de servicio a la que se postula.

Dicha autorización sanitaria, en el evento de encontrarse en trámite al momento de postular, y el oferente es adjudicado, **deberá encontrarse totalmente tramitada y ser entregada por éste en la Dirección Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, durante el plazo que se establece en el número 8 y 13.2 de las presentes bases, siendo este documento indispensable para contratar.

- (2) **Formulario de presentación de propuesta**: Cada oferente, por línea de servicio a la que postula, deberá presentar un Formulario de presentación de propuesta para licitación programa de tratamiento y rehabilitación para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, de acuerdo al **Anexo N° 3** de las presentes bases.

Este formulario será el formato oficial de presentación de propuesta técnica en esta licitación, el que deberá ser completado de acuerdo a las instrucciones señaladas en él y conforme a lo dispuesto en estas bases, **señalándose en el mismo la línea de servicio a la cual se está ofertando.**

**Se deja constancia que se deberá presentar un formulario por cada línea de servicio ofertada.**

**En el caso de aquellos oferentes que deseen postular a más de una línea de servicio, sus propuestas públicas deben cumplir, cada una por separado, los requisitos establecidos en las presentes bases de licitación**, por lo que uno o más componentes de dichas propuestas no podrán ser utilizados para complementar otras, cuando ello perjudique el correcto y cabal cumplimiento de las obligaciones que emanan de dicha línea, haciendo incompatible la ejecución de los servicios licitados de esta línea de servicio, en relación a las demás ofertadas.

Por ejemplo, perjudica la correcta y cabal ejecución de los servicios licitados si los equipos profesionales presentados para la ejecución de las prestaciones incluidas en una línea de servicio, también ejecutan las prestaciones correspondientes a otras líneas, en el mismo horario.

**(3) Condiciones de empleo y remuneración:** Cada oferente **podrá** presentar un Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales vigente emitido por la Dirección del Trabajo con el objeto de evaluar si el mismo presenta o no multas pendientes de pago y/o deudas previsionales con sus trabajadores.

#### **9.4.6. De la validez de la propuesta.**

La propuesta técnica deberá tener una validez mínima hasta el **21 de julio de 2014**. La oferta cuyo periodo de validez sea menor al requerido, será rechazada por este Servicio. Con todo, si un oferente no señala el plazo de validez de su oferta en su propuesta técnica, se entenderá, en su silencio, que la oferta tiene la validez exigida.

**Se deja expresa constancia que no podrán adjudicarse ofertas que no emanen de quien tiene poder suficiente para efectuarlas representando al respectivo oferente, sin perjuicio de la ratificación posterior que se realice de conformidad a la ley.**

#### **9.4.7. Disponibilidad del personal profesional ofertado.**

El contratista deberá disponer en su equipo de trabajo del mismo personal profesional considerado en su propuesta técnica para el desarrollo del servicio contratado. Salvo que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol autorice lo contrario, **no se efectuarán cambios en la composición del equipo de trabajo.**

Si por cualquier motivo externo o ajeno a la gestión del contratista, tales como jubilación, muerte, incapacidad médica, renuncia, entre otros, fuere necesario sustituir a algún integrante del Personal Profesional, y muy especialmente al Director del centro de tratamiento, el contratista lo reemplazará por otra persona con calificaciones y experiencia similares a las de la persona reemplazada.

Para lo anterior, el contratista deberá presentar, en la respectiva Dirección Regional de SENDA, los antecedentes que justifican el reemplazo, y los antecedentes del nuevo profesional que acreditan que tiene la misma calidad técnica del profesional ofertado durante el proceso de licitación, que reemplazará. Estos antecedentes serán evaluados por el gestor de tratamiento de la respectiva Dirección Regional de SENDA, quién tendrá a la vista, de manera referencial, la calificación de la propuesta técnica originalmente presentada por el contratista, y velará porque el nuevo profesional que prestará el servicio, en su conjunto, tenga la calidad técnica del ofertado durante el proceso de licitación.

La indicada evaluación será presentada por gestor de tratamiento al Director Regional correspondiente del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para su respectiva aprobación, la que será comunicada por escrito al contratista mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por correo.

El plazo del oferente para informar cualquier modificación en el equipo será de **20 días hábiles**, contados desde su ocurrencia.

### **9.5. Consultas, aclaraciones y respuestas a las presentes bases.**

#### **9.5.1. Recepción de consultas y aclaraciones.**

Las consultas y aclaraciones se formularán al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, dentro de los **10 primeros días corridos**, contados desde el día de la publicación de las presentes bases en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

Dichas consultas y aclaraciones serán puestas en conocimiento de todos los oferentes a través del mismo portal, sin indicar el autor de las mismas.

#### **9.5.2. Respuestas a las consultas y solicitudes de aclaración.**

Las respuestas a todas las consultas se realizarán a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en el ID que identifica la presente licitación pública, dentro de los primeros **15 días corridos**, contados desde el día de la publicación de estas bases en el señalado portal.

Las consultas, respuestas y aclaraciones formarán parte integrante de las bases de esta licitación.

#### **10. De la revisión de los antecedentes administrativos y antecedentes que componen la propuesta técnica.**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, antes de evaluar las ofertas técnicas, realizará una revisión de los antecedentes administrativos presentados por los oferentes y los que componen la propuesta técnica, indicados en el número 9.4.1. y 9.4.5. (1) y (2) de estas bases, en la que verificará que éstos cumplan con los requisitos mínimos exigidos para ellos en las presentes bases.

Especialmente, en esta instancia se evaluará si la autorización sanitaria, o su certificado "en trámite", es de aquellas que permite realizar las prestaciones que importan los servicios licitados y si la misma corresponde a un centro de tratamiento ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de servicio respectiva

No serán evaluadas técnicamente aquellas ofertas que no acompañen, en tiempo y forma, los antecedentes a los que este número se hace referencia, las que serán declaradas, por esta razón, inadmisibles mediante el correspondiente acto administrativo totalmente tramitado.

#### **11. De la evaluación.**

##### **11.1. De la modalidad de evaluación.**

El proceso de evaluación será interno y se realizará en una sola etapa.

En esta etapa se evaluarán las propuestas técnicas presentadas por aquellos oferentes que hayan cumplido con presentar los antecedentes administrativos en la forma exigida en el número 9.4.1 de estas bases y los antecedentes que forman parte de la propuesta técnica, solicitados en el número 9.4.5 (1) y (2) de las presentes bases.

Se aplicarán puntajes con valores absolutos 1, 4 y 7, tanto para evaluar los criterios que esta etapa comprende, como para determinar la nota final, con excepción del ítem III letra c y del ítem V, los que serán evaluados con notas 1 o 7.

Cada oferta relativa a una línea de servicio será evaluada de forma independiente.

Se deja expresa constancia que el proceso de evaluación se hará dentro de los **20 días hábiles siguientes**, contados desde la fecha de cierre de recepción de ofertas, dispuesto en el número 9.2. de estas bases.



## 11.2. De la comisión evaluadora.

Las evaluaciones serán realizadas por una comisión evaluadora integrada por a lo menos tres funcionarios del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Para la presente licitación, la comisión evaluadora estará formada por los siguientes funcionarios:

- a) **Jefa(e) de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quién ésta(e) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.
- b) **Coordinador(a) del Área de Tratamiento Infanto-Adolescente de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quien éste(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.
- c) **Jefe(a) del Área de Gestión Interna del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quien éste(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.

En cualquier caso, y conforme a lo que dispone el inciso sexto del artículo 37 del Reglamento de la Ley 19.886, la comisión evaluadora podrá contar con la asesoría de otros profesionales que cumplan funciones en el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Con todo, la comisión evaluadora deberá estar integrada por a lo menos tres funcionarios públicos y éstos deberán ser la mayoría en relación a los mencionados profesionales.

Serán funciones de la comisión evaluadora, las siguientes:

- Determinar si las ofertas técnicas presentadas por cada proponente se ajustan a las especificaciones y requisitos mínimos que forman parte de las bases. En caso que ello no ocurra, deberá rechazar la propuesta y dejar constancia en el acta final de evaluación a objeto que, posteriormente, se declare mediante el acto administrativo pertinente la inadmisibilidad de la oferta.
- Evaluar las ofertas técnicas presentadas.
- Solicitar a los oferentes, durante el proceso de evaluación de las ofertas, aclaraciones que sean necesarias para una mejor comprensión y acreditación de los antecedentes presentados, siempre y cuando no se vulnere el principio de igualdad de los oferentes, y/o que salven los errores y omisiones formales detectados en esta etapa, siempre y cuando las aclaraciones y rectificaciones no signifiquen asumir una situación de privilegio respecto a los demás oferentes y no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los proponentes, debiendo informar de dicha solicitud y modificaciones al resto de los oferentes a través del Sistema de Información de Compras Públicas. Para estos efectos, deberá solicitarse la información al oferente, quien en un plazo de **3 días hábiles** deberá enviar su respuesta a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).
- Confeccionar un acta final de evaluación en la que dejará constancia, por orden decreciente, de la puntuación obtenida por cada una de las propuestas evaluadas. Dejará constancia sobre las propuestas rechazadas y sus razones y, en general, sobre cualquier hecho relacionado con el proceso de evaluación que le merezca comentar.

### 11.3. Del acta final de evaluación.

De la evaluación realizada por la comisión evaluadora, así como de su propuesta de adjudicación, se levantará un acta que será suscrita por todos los miembros de la comisión.

### 11.4. Apertura de la oferta y evaluación de la propuesta técnica.

La apertura de las ofertas se realizará en un solo acto, el mismo día del cierre de recepción de las mismas referido en el numeral 8 y 9.2. de estas bases, a partir de las 15:01 horas.

### 11.5. Evaluación de la propuesta técnica.

Sólo se evaluarán las ofertas que hayan dado cumplimiento a las condiciones administrativas señaladas en el número 9.4.1 y antecedentes técnicos exigidos en el número 9.4.5 (1) y (2) de estas bases, y que cumplan los requisitos y especificaciones mínimas exigidas en las bases técnicas, lo que será revisado por la comisión evaluadora, de acuerdo al número 11.2, por lo que, si la oferta no cumple con estas condiciones, será **declarada inadmisibile**.

El proceso de evaluación de las ofertas se realizará dentro del plazo máximo de **20 días hábiles** contados desde la fecha de cierre de recepción de ofertas, dispuesto en el número 9.2. de estas bases.

#### 11.5.1. Criterios de evaluación.

Para la evaluación de la propuesta técnica se considerarán los siguientes aspectos, con las ponderaciones que se indican, por cada línea de servicio:

ITEM		SUBITEM		%Subitem	%Item	
I	Experiencia del Oferente	a. Tiempo de experiencia.		40%	15%	
		b. Temáticas específicas.		60%		
II	Programa Terapéutico	a. Coherencia de la propuesta		10%	25%	
		b. Metodología		30%		
		c. Evaluación	c.1) Evaluación compromiso biopsicosocial	35%		30%
			c.2) Evaluación patrón de consumo	35%		
			c.3) Evaluación para el egreso	30%		
		d. Ficha clínica o carpeta individualizada.		20%		
e. Protocolos y/o Procedimientos		10%				
III	Recurso Humano Disponible	a. Presencia de Equipo multidisciplinario		30%	40%	
		b. Experiencia del Recurso humano.	Del Director del centro de tratamiento.	25%		40%
			Del Director del centro de coordinación técnica.	25%		

		Del psicólogo, asistente social, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, técnico en rehabilitación, educador de calle, técnico en psicoeducación o psicoeducador.	40%		
		De monitores, talleristas, psicopedagogo, educador, profesores, técnico social u otros.	10%		
		c. Organización del recurso humano.		30%	
IV	<b>Infraestructura</b>				15%
V	<b>Condiciones de empleo y remuneración</b>				5%
<b>TOTAL</b>					100%

Los 5 ítems deberán ser puntuados con valores absolutos de **1, 4 y 7**, con excepción del ítem II letra c.3 y del ítem V, los que serán evaluados con notas 1 o 7.

#### **ITEM I. EXPERIENCIA DEL OFERENTE (15%):**

##### **a. Tiempo de experiencia (40%):**

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b>
Experiencia igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.	<b>7</b>
Experiencia inferior a 3 años y superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.	<b>4</b>
Experiencia inferior a un año o sin experiencia.	<b>1</b>

##### **b. Temáticas específicas (60%):**

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b>
Experiencia de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento en drogas,</li> <li>- Niños, niñas y adolescentes y</li> <li>- Vulnerabilidad – riesgo social.</li> </ul>	<b>7</b>
Experiencia de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento en drogas,</li> <li>- Niños, niñas y adolescentes o</li> <li>- Vulnerabilidad – riesgo social.</li> </ul>	<b>4</b>
Experiencia de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento en drogas o</li> <li>- Niños, niñas y adolescentes o</li> <li>- Vulnerabilidad – riesgo social.</li> </ul>	<b>1</b>

## ITEM II. PROGRAMA TERAPÉUTICO (25%):

- a. **Coherencia de la propuesta (10%):** Coherencia entre marco conceptual, metodología, población destinataria, objetivos.

Criterios	Puntaje
El programa terapéutico es <b>totalmente coherente</b> si todos los elementos que lo componen son coherentes con el programa terapéutico al que postula. 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos	7
El programa terapéutico es <b>parcialmente coherente</b> si 2 o 3 de los elementos que lo componen son coherentes con el programa terapéutico al que postula: 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos	4
El programa terapéutico <b>no es coherente</b> pues ninguno o sólo 1 de los elementos que lo componen son coherentes con el programa terapéutico al que postula: 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos	1

- b. **Metodología (30%):** La metodología da cuenta de todas las dimensiones contenidas en el programa terapéutico: 1) tipo de intervenciones y su frecuencia, 2) etapas del proceso terapéutico, 3) duración del programa, 4) actividades semanales, y 5) coordinaciones intersectoriales.

Criterios	Puntaje
La metodología describe 5 de las dimensiones señaladas como fundamentales del programa terapéutico al que postula.	7
La metodología describe parcialmente pues solo describe 4 o 3 de las dimensiones señaladas como fundamentales del programa terapéutico al que postula.	4
La metodología no describe las dimensiones señaladas o describe menos de tres de las dimensiones señaladas como fundamentales del programa terapéutico al que postula.	1

- c. **Evaluación (30%):** La propuesta técnica presenta un diseño de evaluación de procesos y resultados terapéuticos a nivel de personas usuarias.

### c.1. Evaluación compromiso biopsicosocial (35%):

Criterios	Nota
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y medios de verificación para el 100% de los ocho ejes del compromiso biopsicosocial, desagregando en cada una de sus áreas si corresponde.	7
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y medios de verificación para menos del 100% y más del 50% de los ocho ejes del compromiso biopsicosocial, desagregando cada una de sus áreas si corresponde.	4
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y medios de verificación para menos del 50% de los ocho ejes de compromiso biopsicosocial, desagregando en cada una de sus áreas si corresponde.	1

### c.2. Evaluación patrón de consumo (35%):

Criterios	Puntaje
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y medios de verificación para seis ámbitos de patrón de consumo.	7
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y medios de verificación para tres a cinco ámbitos de patrón de consumo.	4
La propuesta de diseño de evaluación contempla resultados esperados, indicadores y	1

medios de verificación para dos o menos ámbitos de patrón de consumo.	
-----------------------------------------------------------------------	--

**c.3. Evaluación para el egreso (30%):**

Criterios	Puntaje
La propuesta de diseño de evaluación contempla criterios clínicos e indicadores claramente definidos para cada tipo de egreso.	7
La propuesta de diseño de evaluación no contempla criterios clínicos e indicadores claramente definidos para cada tipo de egreso.	1

**d. Ficha clínica o carpeta individualizada (20%):**

Criterios	Puntaje
Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que presenten un formato de ficha clínica o carpeta individualizada que contemple todos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de investigación.</li> <li>- Anamnesis.</li> <li>- Diagnóstico.</li> <li>- Plan de tratamiento integral.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Contrato terapéutico.</li> <li>- Evolución o seguimiento.</li> <li>- Informe de egreso.</li> <li>- Formulario de derivación a otro centro o programa.</li> </ul>	7
Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que presenten un formato de ficha clínica o carpeta individualizada que contemple al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de identificación.</li> <li>- Diagnóstico.</li> <li>- Plan de tratamiento integral.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Contrato terapéutico.</li> <li>- Evolución o seguimiento.</li> <li>- Informe de egreso.</li> <li>- Formulario de derivación a otro centro o programa.</li> </ul>	4
Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que presenten un formato de ficha clínica o carpeta individualizada que no contemple todos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de identificación.</li> <li>- Diagnóstico.</li> <li>- Plan de tratamiento integral.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Contrato terapéutico.</li> <li>- Evolución o seguimiento.</li> <li>- Informe de egreso.</li> <li>- Formulario de derivación a otro centro o programa.</li> </ul>	1

**e. Protocolos y/o procedimientos (10%):**

Criterios	Puntaje	
Programa terapéutico que presenta en la propuesta técnica contempla los siguientes protocolos y/o procedimientos:		
	<b>Si</b>	<b>No</b>
Rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas.		
Manejo de crisis, descompensación del cuadro clínico y/o por síndrome de abstinencia.		
Manejo de VIH/SIDA		
Otros		
Se cumple totalmente si la propuesta presenta protocolos de: (1) rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas, (2) manejo de crisis, descompensación del cuadro clínico y/o por síndrome de abstinencia, (3) manejo de VIH/SIDA; además de dos o más protocolos acorde al tipo de programa que postula.	7	

Se cumple parcialmente si la propuesta técnica presenta protocolos de: (1) rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas, (2) manejo de crisis, descompensación del cuadro clínico y/o por síndrome de abstinencia, (3) manejo de VIH/SIDA; además de otro protocolo acorde al tipo de programa que postula.	4
No se cumple si la propuesta técnica sólo presenta protocolos de: (1) rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas, (2) manejo de crisis, descompensación de cuadro clínico y/o por síndrome de abstinencia, y (3) manejo de VIH/SIDA.	1

### ÍTEM III. RECURSO HUMANO DISPONIBLE (40%):

#### a. Presencia de equipo multidisciplinario (30%):

Criterios	Puntaje
El programa cumple <b>totalmente</b> con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico psiquiatra infanto-adolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar, todos con formación en salud mental o psiquiatra adulto).</li> <li>- Psicólogo.</li> <li>- Trabajador social.</li> <li>- Técnico en rehabilitación y/o educador de calle y/o técnico psicoeducador o en psicoeducación.</li> <li>- Terapeuta ocupacional.</li> </ul>	7
El programa cumple <b>parcialmente</b> con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico psiquiatra infanto-adolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar, todos con formación en salud mental o psiquiatra adulto).</li> <li>- Psicólogo.</li> <li>- Trabajador social y</li> <li>- Técnico en rehabilitación y/o educador de calle y/o técnico psicoeducador o en psicoeducación.</li> </ul>	4
El programa <b>no</b> cumple con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a las propuestas que no consideren dentro del equipo la participación de alguno de los siguientes recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicólogo.</li> <li>- Médico psiquiatra infanto-adolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar, todos con formación en salud mental o psiquiatra adulto).</li> <li>- Trabajador Social.</li> <li>- Técnico/s en rehabilitación y/o educador de calle y/o técnico psicoeducador o en psicoeducación.</li> </ul>	1

#### b. Experiencia del recurso humano (40%):

##### b.1. Experiencia del Director del centro de tratamiento (25%):

Criterios	Puntaje
El Director del centro tiene experiencia igual o superior a 3 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	7
El Director del centro tiene experiencia igual o superior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	4
El Director del centro tiene experiencia inferior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	1

**b.2. Experiencia del Director del centro en coordinación técnica (25%):**

Criterios	Puntaje
El Director del centro tiene experiencia igual o superior a 3 años en coordinación técnica de centros o equipos.	7
El Director del centro tiene experiencia igual o superior a 2 años en coordinación técnica de centros o equipos.	4
El Director del centro tiene experiencia inferior a 2 años en coordinación técnica de centros o equipos.	1

**b.3. Experiencia del psicólogo, asistente social, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, técnico en rehabilitación, educador de calle, técnico psicoeducador o en psicoeducación (40%):**

Criterios	Puntaje
Más del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	7
Al menos el 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	4
Menos del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social.	1

**b.4. Experiencia de monitores, talleristas, psicopedagogo, educador, profesores, técnico social u otros (no considera apoyo administrativo) (10%):**

Criterios	Puntaje
Más del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias.	7
Al menos el 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias.	4
Menos del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias.	1

La información que los oferentes entreguen en relación a este ítem en el Anexo N° 3.1. de estas bases, permite el otorgamiento de puntajes.

**c. Organización del recurso humano (30%):**

Criterios	Puntaje
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo resulta <b>totalmente adecuada</b> para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación horas semanales de los integrantes del equipo suficiente v/s el N° de usuarios, superior a la estimación del consenso de grupo de expertos (*).	7
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo resulta <b>parcialmente adecuada</b> para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la resolución horas semanales de los integrantes de equipo suficiente v/s el N° de usuarios, igual a la estimación del consenso de grupo de expertos (*).	4
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo, resulta <b>no adecuada</b> para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación horas semanales de los integrantes del equipo suficiente v/s el N° de usuarios, inferior a la estimación de consenso de grupo de expertos (*).	1

(\*) Consenso de grupo de expertos de un equipo terapéutico suficiente según tipo de plan, para **15 usuarios/as**, de acuerdo al cuadro que se expone a

continuación. Si la línea de servicio a la que postula es igual o superior a este número, se calculará un valor proporcional.

RRHH	Horas semanales	Horas mensuales
Psiquiatra y/o médico	8	32
Psicólogo	44	176
Trabajador social	44	176
Terapeuta ocupacional	22	88
Educador de calle o psicoeducador o técnico en rehabilitación	33	132
Director/a	33	132

#### ÍTEM IV. INFRAESTRUCTURA (15%):

Criterios	Puntaje
Las condiciones de infraestructura del centro resultan <b>totalmente adecuadas</b> para desarrollar el plan de tratamiento de la línea de prestación licitada. Corresponde este puntaje a las propuestas que consideren todas las dependencias establecidas como mínimas, cada una de ellas en espacios diferenciados, de uso exclusivo (*).	7
Las condiciones de infraestructura del centro resultan <b>parcialmente adecuadas</b> para desarrollar el plan de tratamiento de la línea de prestación licitada. Corresponde este puntaje a las propuestas que cuenten con todas las dependencias establecidas como mínimas, pero la sala de descanso y la de espera y/o la sala grupal y de atención familiar, no están diferenciadas, sino que son de uso compartido (*).	4
Las condiciones de infraestructura del centro resultan <b>no adecuadas</b> para desarrollar el plan de tratamiento de la línea de prestación licitada. Corresponde este puntaje a las propuestas que no cuenten con alguna de las dependencias mínimas, considerando que la sala de descanso y la de espera y/o sala grupal y de atención familiar, no están diferenciadas (*).	1

(\*) Infraestructura mínima para el funcionamiento del plan intensivo:

- Sala/s de atención individual.
- Sala/s de atención grupal.
- Sala/s de atención familiar.
- Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas.
- Espacios de descanso.
- Cocina y comedor separados de los espacios comunes.
- Baños diferenciados para personas usuarias y equipo.
- Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres.
- Sala de espera diferenciada del espacio de descanso de los usuarios.
- Sala para el equipo.
- Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico, y de primeros auxilios.

#### ITEM V. CONDICIONES DE EMPLEO Y REMUNERACIÓN (5%):

Criterios	Puntaje
Oferente presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales y acredita con él que no presenta multas pendientes de pago ni deudas previsionales con sus trabajadores.	7
Oferente presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales y en él consta que éste presenta multas pendientes de pago y/o deudas previsionales con sus trabajadores.	1
Oferente no presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales.	1



#### 11.5.2. Errores u omisiones.

Una vez realizada la apertura de las propuestas, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá solicitar a los oferentes que salven errores u omisiones formales, siempre y cuando las rectificaciones de dichos vicios no les confieran una situación de privilegio respecto de los demás oferentes, esto es, en tanto no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los oferentes, y se informe de dicha solicitud al resto de los oferentes si correspondiere a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

Éstos, tendrán un plazo de **3 días hábiles** para enviar su respuesta a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

#### 11.5.3. Aclaraciones de las propuestas.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá pedir a los oferentes, después de la presentación de las propuestas, las aclaraciones que sean necesarias para una mejor comprensión y acreditación de los antecedentes presentados, siempre y cuando no se vulnere el principio de igualdad de los oferentes. Las aclaraciones que formulen los oferentes pasarán a formar parte de los antecedentes del contrato respectivo.

Éstos, tendrán un plazo de **3 días hábiles** para enviar su respuesta a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

#### 11.5.4. Nota final.

La nota final que los oferentes obtengan por línea de servicio será la suma del puntaje obtenido de la ponderación de las notas obtenidas conforme a la evaluación señalada en el número 11.5.1 de estas bases.

La nota máxima posible de obtener en la evaluación es un 7, que correspondería a una excelente evaluación, por haber obtenido una nota 7 en cada uno de los ítems. El puntaje mínimo final aceptado para adjudicar una propuesta es un 4. Por lo tanto, todos aquellos oferentes que obtengan un puntaje igual o inferior a 3,9, quedarán por este solo hecho fuera de la presente licitación pública por no ajustarse sus propuestas a los requisitos esenciales establecidos en las presentes bases.

La nota final se expresará en dos decimales y no se efectuarán aproximaciones.

Sin perjuicio de ello, las propuestas que obtengan un puntaje 1 en los ítems que se indican a continuación, no podrán ser adjudicadas:

- Ítem II letra a): Coherencia de la propuesta.
- Ítem III letra c): Organización del recurso humano.

#### 12. De la adjudicación.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol adjudicará la presente licitación, por cada línea de servicio, a quien presente la mejor oferta en la respectiva línea, dentro del plazo de **20 días hábiles** contados desde la fecha de cierre de recepción de las ofertas señalado en el número 9.2 de las presentes bases.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través de acto administrativo fundado totalmente tramitado, podrá ampliar el plazo para realizar la adjudicación,

informando de este hecho, sus fundamentos y del nuevo plazo a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

La adjudicación de esta licitación pública se hará a través del correspondiente acto administrativo, el que será publicado en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en el ID que identifica la presente licitación, una vez que el mismo se encuentre totalmente tramitado.

#### 12.1. Mecanismo para dirimir empates.

En caso que en una línea de servicio se verificase un empate en la calificación final obtenida entre dos o más oferentes, se aplicarán los siguientes criterios para los efectos de dirimirlos, en el orden de prelación que a continuación se indica:

- (1) Primeramente se resolverá el empate en favor de aquél oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en la evaluación del elemento **"recurso humano disponible"**, que corresponde al ítem III.
- (2) Si luego de aplicar el criterio precedente se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **"programa Terapéutico"**, que corresponde al ítem II.
- (3) Si no obstante, y luego de aplicar el criterio precedente, se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **"experiencia del oferente"**, que corresponde al ítem I.
- (4) Si después de aplicados los criterios anteriores se mantuviere el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación de propuesta técnica denominado **"infraestructura"**, correspondiente al ítem IV.
- (5) Si no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado **"presencia de equipo multidisciplinario"**, que integra el ítem III.
- (6) Si no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado **"organización del recurso humano"**, que integra el ítem III.
- (7) Si no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado **"metodología"**, que integra el ítem II de los criterios de evaluación.
- (8) Si pese a lo anterior subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado **"coherencia de la propuesta"**, que integra el ítem II de la evaluación.
- (9) Finalmente, si aplicados todos los criterios anteriores, se mantuviere el empate, el Jefe(a) Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol resolverá fundadamente al oferente seleccionado.

## 12.2. Selección del adjudicado.

Se entiende que presentó la mejor oferta quien obtenga la nota final más alta entre los oferentes de la línea de servicio en cuestión.

En el caso que adjudicatario se encuentre **inhabilitado para contratar** con la Administración del Estado, que desista de su oferta o incurra en cualquier otra causal que impida suscribir el contrato respectivo, se hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta requerida en el número 9.4.1. (2) de estas bases, y se adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final si dicha oferta es conveniente a los intereses del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol o bien, se declarará desierta la línea de servicio respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

## 12.3. Consultas a la adjudicación.

En caso que los oferentes, una vez adjudicada la presente licitación pública, quieran aclarar aspectos de la evaluación de la adjudicación, podrán comunicarse vía correo electrónico con el funcionario responsable de la presente licitación pública, individualizado en el número 4 de estas bases.

Las consultas efectuadas serán respondidas por correo electrónico al oferente que realiza la consulta y, junto con ello, las preguntas y respuestas serán publicadas como anexos a través del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en el ID que identifica esta propuesta pública.

Con todo, sólo se aceptarán consultas a la adjudicación dentro de los **5 días hábiles** siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública. Toda consulta que se realice con posterioridad a este plazo se tendrá por no presentada.

## 12.4. Rechazo de las ofertas.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol **declarará inadmisibles** las ofertas cuando éstas no cumplan con los requisitos establecidos en las presentes Bases. Asimismo, **declarará desierta** la licitación o la línea de servicio respectiva, cuando no se presenten ofertas o cuando éstas no resulten convenientes para los intereses del SENDA. En cualquiera de dichos casos la declaración deberá ser por acto administrativo fundado.

## 12.5. Causales para dejar sin efecto la adjudicación.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dejará sin efecto la adjudicación, mediante el correspondiente acto administrativo, por las siguientes causales:

- a. Si el oferente adjudicado presentara alguna de las inhabilidades señaladas en el numeral 13.1 de estas bases.
- b. Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma los documentos señalados en el punto 13.2 de las presentes bases.
- c. Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma la garantía de fiel y oportuno cumplimiento del contrato, de acuerdo a lo señalado en el punto 13.3 de las presentes bases.

- d. Si el oferente adjudicado, mediante comunicación formal a SENDA, se desistiera de su oferta.
- e. Si el oferente adjudicado se negare a firmar el contrato respectivo dentro del plazo establecido en el punto 8 y 13.4 de las presentes bases.

De producirse alguna de las situaciones señaladas anteriormente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol hará efectiva la **garantía de seriedad de la oferta** requerida en el número 9.4.1. (2) de estas bases, y adjudicará al oferente que, según el acta de evaluación final, hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final en la línea de servicio respectiva, si dicha oferta es conveniente para los intereses de SENDA, o declarará desierta dicha línea de servicio, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

### **13. Del contrato.**

Se celebrará un contrato de prestación de servicios por cada una de las líneas de servicio efectivamente adjudicadas, incluso en aquellos casos en que un mismo oferente se haya adjudicado más de una línea de servicio. En este último caso el adjudicatario **deberá entregar una garantía de fiel cumplimiento del mismo y la documentación que corresponda por cada contrato.**

#### **13.1. Inhabilidades para contratar.**

No podrán celebrar el contrato respectivo los oferentes que presenten alguna de las siguientes inhabilidades:

- a. Las personas naturales que sean funcionarios directivos del SENDA o que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- b. Las sociedades de personas en las que formen parte funcionarios directivos del SENDA o las personas que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575; ni tampoco aquellas sociedades en comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o éstas sean accionistas; ni aquellas sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital; ni con los gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas.
- c. Las personas jurídicas que hayan sido declaradas responsables penalmente, de conformidad al artículo 8 y 10 de la ley 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho que Indica.

Si el adjudicatario presenta alguna de las inhabilidades o prohibiciones indicadas, el SENDA adjudicará, en la línea de servicio correspondiente, al oferente que según el acta de evaluación final hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final si dicha oferta es conveniente para los intereses del SENDA, o declarará desierta la licitación o la línea de servicio, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

### 13.2. Requisitos para contratar.

Dependiendo de su condición legal, el oferente seleccionado deberá presentar, en el plazo de **15 días hábiles** contados desde la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública, la documentación que a continuación se indica para suscribir el contrato respectivo:

#### (1) Todos los oferentes:

- a. Encontrarse inscrito y hábil en registro de proveedores de la Dirección Chile Compra.
- b. Acompañar una declaración jurada en la que el adjudicatario señale si registra o no saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con aquellos trabajadores contratados en los dos últimos dos años. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 4 A y B**: modelo de declaración jurada simple sobre deudas laborales o previsionales dependiendo de si el oferente seleccionado es persona natural o jurídica, respectivamente.

Si el oferente declara registrar saldos insolutos, éste deberá señalar el monto al que asciende la deuda y los antecedentes que justifiquen el monto de la misma, para efectos de lo dispuesto en el número 13.6.3 de estas bases.

- c. Garantía de fiel cumplimiento del contrato en los términos del número 13.3. de estas bases.
- d. Si el oferente se encontraba, al momento de realizar su oferta, en proceso de obtener la resolución sanitaria del centro de tratamiento con el que postuló a la línea de servicio respectiva, deberá entregar en el plazo indicado, copia de la resolución sanitaria definitiva que autoriza el funcionamiento del centro de tratamiento en el que prestará los servicios. En el evento de no cumplir con este requisito, se revocará la respectiva adjudicación y se hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta, de conformidad a lo señalado en el número 9.4.1 (2) de estas bases.
- e. Acompañar documento(s) que acredite(n) consulta, realizada por la entidad adjudicada, sobre si los profesionales o técnicos que participarán en la ejecución de los planes de tratamiento, registran inhabilidades para trabajar con menores de edad, respecto de cada uno de ellos, lo anterior para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos contra menores y establece registro de dichas inhabilidades.

#### (2) Documentos para persona natural:

- a. Fotocopia simple de su cédula nacional de identidad.
- b. Declaración Jurada de no estar afecto a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 5**: Modelo de declaración jurada simple.

#### (3) Documentos para persona jurídica nacional (Incluidas las Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada):

- a. En el caso de las Sociedades:

a.1. Escritura pública de constitución y de las últimas modificaciones necesarias para la acertada determinación de la razón social, objeto, administración y representación legal, si las hubiere, y sus correspondientes extractos, publicaciones en el Diario Oficial e inscripciones en el Conservador de Bienes Raíces y Comercio, a menos que dichos antecedentes se encuentren digitalizados en el Registro de Proveedores.

a.2. Inscripción, con certificado de vigencia, del extracto de la escritura social en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces que corresponda, a menos que se encuentre digitalizado en el Registro de Proveedores.

a.3. Certificado de vigencia del poder del representante legal.

a.4. Fotocopia simple del R.U.T. de la entidad.

a.5. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad de él o los representantes legales.

a.6. Declaración jurada de que, tanto el representante legal como la entidad que representa, no están afectos a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 6: Modelo de declaración jurada simple.**

Los documentos indicados en los numerales a.2 y a.3 los otorga el Conservador de Bienes Raíces y de Comercio en donde se inscribió la sociedad.

b. En caso de las Fundaciones y las Corporaciones:

b.1. Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública.

b.2. Decreto que otorga la personalidad jurídica.

b.3. Publicación en el Diario Oficial del decreto que otorga la personalidad jurídica.

b.4. Decreto que aprueba reformas a los estatutos en que caso que existiere y sus pertinentes publicaciones en el Diario Oficial.

b.5. Certificado de vigencia con nómina de directorio.

b.6. Documento que acredite la personería del representante legal, autorizado para suscribir contratos.

b.7. Fotocopia simple del R.U.T. de la entidad.

b.8. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad de él o los representantes legales de la entidad.

b.9. Declaración jurada de que, tanto el representante legal como la entidad que representa, no están afectos a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 6: Modelo de declaración jurada simple.**

No se exigirá la presentación de los referidos antecedentes en el caso que se encuentren digitalizados en el Registro de Proveedores.

#### **(4) Documentos para persona jurídica extranjera:**

- a. Deberá acreditar su existencia legal y vigencia acompañando los documentos que acrediten dicha circunstancia, los que deberán ser legalizados en Chile, tanto en el Consulado del país de origen como en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.
- b. Deberá acreditar la existencia de un representante legal en Chile, acompañando para ello escritura pública donde conste el mandato y representación, y los documentos que acrediten la existencia, vigencia y representación legal de este mandatario, legalizados si hubiesen sido otorgados en el extranjero; o escritura pública de constitución de sociedad chilena, documento donde conste la personería del representante legal, R.U.T de la sociedad chilena y cédula de identidad del representante legal; o escritura pública de constitución de agencia de la sociedad extranjera, documento donde conste la personería del representante legal, R.U.T de la agencia y cédula de identidad del representante legal, cuyo objeto debe comprender la ejecución del contrato materia de las presentes bases.
- c. Deberá designar domicilio en Chile.
- d. Si se trata de una sociedad anónima extranjera deberá acreditar su existencia de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 121 y siguientes de la Ley N° 18.046.

Con todo, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá requerir toda la información legal adicional a que haya lugar en protección de sus intereses y podrá solicitar, especialmente, los documentos auténticos o debidamente autorizados.

Se deja expresa constancia que si un mismo oferente se adjudica más de una línea de servicio ofertada en esta licitación pública, deberá acompañar una garantía de fiel oportuno y cumplimiento del contrato en los términos requeridos en el número 13.3 de estas bases, y los documentos pertinentes, por cada línea de servicio adjudicada.

#### **13.3. Garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato.**

Una vez notificado al oferente la adjudicación, éste deberá dentro de **15 días hábiles** a contar de dicha notificación, presentar una boleta de garantía bancaria, póliza de seguro, con una vigencia que exceda en, al menos, **60 días hábiles al plazo de vigencia del contrato**, o un vale vista, a objeto de avalar el fiel y oportuno cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Esta caución deberá ser extendida a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Rut 61.980.170-9, por un monto igual al **5%** del valor máximo total del contrato, en pesos chilenos o el equivalente al monto recién indicado en **Unidades de Fomento** calculado al día de su emisión en el caso de que ésta consista en una póliza de seguro.

La garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato será pagadera a la vista, con carácter de irrevocable y tomada por uno o varios integrantes del oferente seleccionado. Tratándose de una boleta bancaria, es necesario que en dicho documento se indique la individualización del oferente seleccionado.

En caso de que la boleta de garantía consista en una póliza de seguro o una boleta de garantía bancaria, ésta deberá señalar que se encuentra tomada como "Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento del Contrato" e indicar el número de ID

que identifica a la presente licitación en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), señalando además la línea de servicio garantizada por la misma.

Si la garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato es otorgada en el extranjero, el emisor del documento respectivo debe estar representado en Chile o estar reconocido por un banco o institución financiera chilena.

Si el oferente seleccionado no hace entrega de la referida garantía en la forma y dentro del plazo ya indicado, se tendrá por **desistida** su oferta. En tal caso el SENDA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta y adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, haya obtenido el siguiente mejor puntaje final, o declarará desierta la licitación o la línea respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

Además, dicha garantía **caucionará el pago de las obligaciones laborales y sociales con los trabajadores del adjudicado, de conformidad a lo señalado en el artículo 11 de la Ley N° 19.886.**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol hará devolución de la garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato, una vez recibido conforme los servicios y cumplido a satisfacción el contrato.

#### 13.4. Formalización del contrato.

El adjudicado deberá suscribir el contrato correspondiente dentro del plazo de **20 días hábiles** contados desde la notificación de la adjudicación.

Si el adjudicado no suscribe el contrato dentro del plazo ya indicado, se tendrá por **desistida** su oferta. En tal caso el SENDA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta, a menos que la no suscripción del contrato se deba a una causa imputable a SENDA, y adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, haya obtenido el siguiente mejor puntaje final, en la línea de servicio correspondiente o declarará desierta la licitación en la línea de servicio respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

Se deja expresa constancia que si el adjudicatario declara que registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el contratista acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad de la ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. Para estos efectos, en este plazo, deberá presentar los comprobantes de pagos que demuestren fehacientemente el total cumplimiento de la obligación. El incumplimiento de esta obligación por parte del contratista dará derecho a dar por terminado anticipadamente el respectivo contrato, pudiendo llamar a una nueva licitación en la que la entidad o contratista no podrá participar.

#### 13.5. De la aprobación del contrato.

El contrato que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol suscriba con el adjudicatario, deberá ser aprobado a través del correspondiente acto administrativo y comenzará a regir a contar de la fecha de total tramitación de dicho acto administrativo.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, se podrá comenzar a prestar el servicio desde la fecha de suscripción del contrato y con anterioridad a la total tramitación del mismo.

Con todo, en ningún caso el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará los servicios otorgados



mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el respectivo contrato.

### **13.6. Cláusulas del contrato.**

#### **13.6.1. De las prestaciones.**

El contratista deberá realizar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ofertados de acuerdo a la distribución que se indique en el contrato.

El contratista proporcionará a los beneficiarios, todas y cualesquiera de las prestaciones que incluye el plan de tratamiento adjudicado, de acuerdo a las necesidades del niño, niña o adolescente, resguardando que las mismas se desarrollen con la calidad adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos acordados. Lo anterior, sin exigir al usuario y/o su familia algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas.

En caso de existir complicaciones médicas, psiquiátricas o de cualquier otra índole, o bien se requiera la realización de prestaciones no cubiertas en estas bases, el niño, niña o adolescente en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta a un establecimiento del Servicio Nacional de Servicios de Salud, debiendo constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica o, en su defecto, ser trasladada a un centro asistencial privado, siempre y cuando la persona o su familia opte por esta alternativa, debiendo firmar un documento que explicita esta opción. Para todos los efectos, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no cubrirá ni financiará atenciones o prestaciones que no estén expresamente señaladas en el respectivo convenio.

Para cumplir con la integridad y flexibilidad que requiere la intervención en el tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol, el contratista deberá ser partícipe de la red de centros de tratamiento de la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, estar participando de manera activa en reuniones formales de red de alcohol y drogas, de salud mental, de infancia o adolescentes, u otras análogas o similares, estar en coordinación con la red de salud general, según el funcionamiento del sistema de derivación y contra derivación correspondiente, con el propósito de facilitar la atención y resolutivez de problemas de salud asociados, el acceso a oportunidades de apoyo a la integración social y la continuidad de la atención y cuidados en salud de las personas usuarias de los planes de tratamiento.

Por otra parte, dadas las exigencias y complejidad del perfil de las personas usuarias, el oferente debe contar con un equipo técnico en condiciones de realizar la intervención considerando las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que acceden al plan de tratamiento. La intervención es de carácter especializado por lo que el equipo de profesionales debe tener formación, experiencia y características personales adecuadas a la intervención que se requiere y al perfil de los consultantes.

Consecuente mente, el plan de tratamiento deberá contar con un equipo profesional capacitado que se desempeñe en la intervención con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad (considerando variables del desarrollo) con consumo problemático de drogas y alcohol.

La selección del recurso humano debe considerar, por tanto, las variables anteriores. Se deben tener en cuenta, también, aspectos específicos tales como variables de género, de desarrollo, de situación de vulnerabilidad o proteccional, entre otros.

Se deja expresa constancia que, el contratista, respecto de los profesionales o técnicos que participen en el otorgamiento de los servicios que se contratan, y cuyas funciones involucren una relación directa y habitual con menores de edad, deberá dar estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos contra menores y establece registro de dichas inhabilidades, en especial lo dispuesto en su artículo 2, que introduce modificaciones al Decreto Ley N° 645, de 1925, sobre el Registro General de Condenas.

La ejecución de los planes de tratamiento requiere una coordinación interna del equipo, sólida y ágil, que facilite el proceso que atraviesa el niño, niña o adolescente. Esta coordinación permite un efectivo trabajo interdisciplinario a fin de no fragmentar ni parcelar la intervención, y permite una mirada integradora y potenciadora de aquellos aspectos del desarrollo de la persona usuaria que el equipo técnico evalúa como esenciales en la intervención.

El equipo debe tender a la interdisciplinidad e integralidad de la intervención a través de la integración de profesionales de diversos ámbitos (psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, técnicos, entre otros). Cada miembro del equipo debe poseer una visión clara de sus propias funciones y reconocer los intereses comunes en el trabajo especializado con adolescentes.

El equipo debe contar con la organización interna operativa, con mecanismos de evaluación y autocuidado, fortalecer la acción conjunta de maneja coherente, y establecer mecanismos y estrategias de coordinación con equipos y/o profesionales externos o instancias de la red.

Sin perjuicio de lo anterior, y para mantener la sistematización del trabajo en equipo, se requiere contar con instancias técnicas de participación (reuniones en equipo, análisis de caso, etc.) en sus distintas áreas (técnica, administrativa y directiva) favoreciendo la planificación y la evaluación permanente de la labor realizada.

Se esperan, además, prácticas laborales adecuadas que favorezcan la estabilidad laboral de los/las trabajadores del centro de tratamiento, considerando que el desarrollo vincular con las personas usuarias es de alto impacto en el tratamiento.

Por otra parte, así como las relaciones y el vínculo establecido entre niños, niñas y adolescentes y sus familias con el equipo que trabaja en el centro de tratamiento, las rutinas y otros forman parte del proceso terapéutico, también la infraestructura debe ser entendida en el mismo sentido. Por lo tanto, la ubicación, tamaño y diseño del centro de tratamiento están relacionados con su propósito y con su función, debiendo considerar las necesidades evolutivas, especiales, de género, étnicas, religiosas, culturales y sociales de los niños, niñas y adolescentes usuarios.

Por lo anterior, el inmueble en el cual el centro ejecutará las funciones que se contratan, debe contar con oficinas y salas de intervención (individuales, familiares y grupales, de descanso y esparcimiento, y otras), en armonía con la cantidad de profesionales, técnicos, personal administrativo y de apoyo, así como con los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en tratamiento y sus familias u otros significativos. Por su parte, la implementación y el equipamiento deben permitir la adecuada ejecución de los planes contratados, así como también ser pertinentes al desarrollo de las intervenciones planificadas.

Es relevante que los espacios interiores y exteriores sean mantenidos en buen estado en términos estructurales y decorativos. Debe existir mantención y un programa de reparación para el edificio, mobiliario, y equipamiento del lugar. De

existir daño, éste debe ser reparado oportunamente. Los espacios exteriores, de igual forma, deben ser mantenidos en condiciones que aporten y puedan ser utilizadas para la intervención, y no representen un peligro o espacio de riesgo para el equipo y los usuarios.

#### 13.6.2. Duración del servicio.

El plazo de ejecución del servicio se extenderá desde la **fecha que indique el respectivo contrato** y hasta el **31 de mayo de 2015**. Durante este periodo, el contratista deberá, a través del establecimiento de su dependencia, realizar la actividad correspondiente a la línea de servicio en donde haya resultado adjudicado, por tipo de plan y por establecimiento, según se detalle en el contrato respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, y de conformidad a lo dispuesto en el número 13.5 de estas bases, por razones de buen servicio, se podrá comenzar a prestar el servicio desde la fecha de suscripción del contrato y con anterioridad a la total tramitación del mismo.

#### 13.6.3. Del pago.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará a los contratistas los planes de tratamiento rehabilitación a que se refiere el número 2 de estas bases, por mes de plan de tratamiento y rehabilitación adjudicado y contratado, según la línea de servicio, efectivamente otorgado.

Se entenderá por **mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado** cuando se cumpla el registro en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de a lo menos una prestación al mes, de aquellas mencionadas en el número 1 de estas bases.

Con todo, SENDA, pagará a los contratistas siempre respetando el tope máximo adjudicado según cada línea de servicio, y de acuerdo a lo que se señale el contrato.

El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol reciba las facturas debidamente emitidas y los documentos complementarios que se exige presentar a los prestadores.

El pago de los planes de tratamiento al contratista se realizará mensualmente y se hará efectivo sólo una vez que SENDA, a través de su Dirección Nacional o Dirección Regional que corresponda, haya recibido la respectiva factura por el monto exacto de los meses de planes de tratamiento otorgados en el respectivo mes, dentro de los tres primeros días corridos del mes siguiente.

Recibida la factura en la Dirección Nacional o Regional de SENDA correspondiente, y previa visación del documento por quienes el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol señale en el convenio respectivo, y sus antecedentes complementarios, procederá a su registro y pago, dentro de los 20 días corridos siguientes.

El respectivo depósito se realizará directamente en la cuenta corriente bancaria (u otra cuenta a la vista) que señale el prestador si éste así lo ha solicitado o, en su defecto, se emitirá un cheque nominativo a nombre del prestador, el que deberá ser retirado en Agustinas N° 1235, piso 6, comuna y ciudad de Santiago. Ante prestadores regionales, se procederá al retiro del cheque en la Dirección Regional de Senda que corresponda, si así se solicita.

Las facturas deberán ser extendidas a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, dirección calle Agustinas N° 1235, piso 6, comuna y ciudad de Santiago, o en la forma que SENDA instruya a futuro. Este Servicio **no pagará** facturas que no se encuentren debidamente extendidas, que presenten enmiendas o estén incompletas, procediéndose a la devolución de la misma.

Sin perjuicio que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará mensualmente el monto de los meses de planes de tratamiento que efectivamente fueron realizados por el contratista, considerando el tope máximo mensual señalado en el número 2 de estas bases, este Servicio Público realizará, en el mes de **agosto y diciembre de 2014, y en el mes de abril de 2015**, un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados. Conforme a este proceso, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará al adjudicatario los planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período por sobre los máximos mensuales, pero bajo el máximo cuatrimestral.

En el caso que el contratista, al momento de contratar registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo la empresa acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol exigirá que el contratista proceda a dichos pagos y presente los comprobantes y planillas que demuestren el total cumplimiento de la obligación en el plazo previsto en el párrafo anterior. El incumplimiento de estas obligaciones por parte del mismo dará derecho a dar por terminado el respectivo contrato, pudiendo llamarse a una nueva licitación en éste no podrá participar.

Adicionalmente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá solicitar al contratista, durante la ejecución del contrato, que éste le informe el monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que le corresponden con sus trabajadores, mediante certificados emitidos por la Dirección del Trabajo o cualquier medio idóneo que garantice la veracidad de dicho monto y el estado de cumplimiento de las mismas.

Finalmente, los pagos **sólo podrán hacerse efectivos una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el respectivo contrato y contra entrega por parte del contratista de las facturas correspondientes.**

**Los pagos estarán condicionados a que la Ley de Presupuestos para el Sector Público para el año 2015, contemple los recursos pertinentes.**

#### 13.6.4. De la supervisión de los servicios.

##### 13.6.4.1. De la supervisión administrativa.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través del área de tratamiento respectiva, realizará la supervisión y el control administrativo-financiero de la actividad realizada. Para ello, SENDA verificará la condición de beneficiarias de las personas en tratamiento que hayan

sido informadas mediante el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT).

Esta supervisión tendrá como objetivo cautelar la adecuada ejecución de los servicios contratados a fin de entregar a los beneficiarios de los planes de tratamiento un servicio de calidad.

La mencionada supervisión y control administrativo-financiero estará programada y se efectuará con la periodicidad determinada por el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, sin perjuicio de lo cual, podrán igualmente realizarse visitas extraordinarias, sin aviso previo, a los centros ejecutores en convenio, producto de situaciones críticas.

#### **13.6.4.2. De la asesoría, supervisión y evaluación técnica.**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, supervisará, asesorará y evaluará técnicamente en forma periódica el funcionamiento y operación de los servicios licitados.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pondrá a disposición del contratista la información o contactos con profesionales y técnicos que resulten relevantes para la correcta ejecución de las actividades contratadas.

Los contratistas deberán proporcionar las facilidades de acceso a los registros, informes y datos que le sean requeridos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para su evaluación, asesoría y supervisión. La programación de estas visitas será acordada entre los responsables de la asesoría y evaluación de los equipos y los equipos de las entidades prestadoras, indicándose quiénes asistirán a las reuniones técnicas y los objetivos de las distintas visitas programadas.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, realizará supervisiones aleatorias mediante visitas sin previo aviso, cada vez que lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

#### **13.6.4.3. Del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT).**

Para el adecuado control y ejecución de la actividad, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición del contratista el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), para cuyo efecto ésta se obliga a ingresar los datos correspondientes en las Fichas existentes en el mismo, a saber: Ficha de Demanda, Ficha de Ingreso, Ficha Mensual de Prestaciones, Ficha de Evaluación del Proceso, Ficha de Egreso, y Ficha de Seguimiento. Estas Fichas, tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias de los planes de tratamiento.

Los datos mensuales deberán ser ingresados, por cada contratista, a través del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), en tiempo real y hasta el último día hábil del mes en que se otorgue efectivamente la prestación del servicio.

Al respecto, se destaca que la oportunidad en el registro es fundamental para la gestión del programa, siendo crítico, por ejemplo, el llenado en tiempo real de la Ficha de Demanda, atendida su implicancia en la gestión de la lista de espera.

En el evento que un establecimiento, por cualquier circunstancia, no pueda utilizar el referido software deberá enviar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través de la Dirección Regional del SENDA correspondiente, la información requerida a través de una planilla de registro diseñada en formato Excel especialmente para estos efectos, mediante correo electrónico u otro medio magnético, denominada "Planilla de Registro e Instructivo Llenado Planilla de Registros". Dicha planilla será sólo excepcionalmente utilizada y, una vez regularizado el acceso al software destinado para el registro de la información, el prestador deberá poner al día el registro de la actividad realizada en la herramienta destinada para ello.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del contrato, el contratista deberá proporcionar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol toda la información que éste le requiera, estando facultado para efectuar visitas al centro de tratamiento donde se ejecuten las prestaciones, debiendo dársele las facilidades del caso. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

#### 13.6.5. Faltas y multas.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol cobrará multas al contratista con quien celebre el contrato, relacionadas con incumplimientos por parte de éste, aplicables en los siguientes casos:

- (1) Efectuar cobros improcedentes a los(as) usuarios(as) y a SENDA: **10 Unidades de Fomento** cada vez.
- (2) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas que rigen el convenio: **10 Unidades de Fomento** por cada ocasión en que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representar tal hecho.
- (3) Incumplimiento de obligaciones contractuales: **10 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.
- (4) Respecto del contratista a quién SENDA requiere información acerca del monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que le corresponden con sus trabajadores durante la ejecución del contrato, y no entrega en el plazo establecido para ello, certificados emitidos por la Dirección del Trabajo o cualquier medio idóneo que garantice la veracidad del monto y estado de cumplimiento: **0.5 Unidades de Fomento** por día hábil de atraso, con un tope de **15 días hábiles**.
- (5) No informar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol alguno de los siguientes hechos, dentro de los **20 días hábiles** de haber acaecido: cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento, término, renovación o modificaciones en la resolución sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del servicio: **5 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.

- (6) Falta de veracidad de la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento respecto de las intervenciones realizadas a las personas usuarias en tratamiento: **5 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.

**Procedimiento de aplicación de multas:**

- a) En el caso que el área de tratamiento correspondiente del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en virtud de la supervisión de los servicios que realizará de conformidad a lo dispuesto en el número 13.6.4. de estas bases, o con el mérito de cualquier otra información que sea puesta en conocimiento de este Servicio, que implique presumir que el contratista ha realizado alguna de las conductas que dan lugar a las multas, la Jefa(e) de la División Programática de SENDA le comunicará al contratista, mediante oficio, los hechos que originan la multa y su monto.

Las notificaciones que se efectúen al contratista en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por Correo.

- b) El contratista dispondrá de cinco días hábiles contados desde que se le haya notificado el referido oficio, para efectuar sus descargos ante SENDA, acompañando todos los antecedentes y pruebas que acrediten la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor o que demuestren fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas o que desvirtúen los antecedentes con los que cuenta el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- c) Si el contratista no presenta sus descargos en el plazo señalado, se tendrán por acreditadas la o las faltas imputadas y procederá la aplicación de la o las multas que correspondan, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- d) Si el contratista ha presentado descargos oportunamente, el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dispondrá de cinco días hábiles, contados desde la recepción de los descargos, para resolver, sea rechazándolos o acogéndolos, total o parcialmente, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. De lo resuelto, se notificará al contratista por carta certificada.
- e) En las dos situaciones previstas en las letras anteriores, el contratista podrá presentar recurso de reposición ante el Jefe Superior del Servicio, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de la resolución que se recurre, quien dispondrá por su parte de cinco días hábiles, contados desde la recepción del recurso, para resolver si lo acoge total o parcialmente. Si el contratista no presenta recurso de reposición dentro del plazo indicado, la multa quedará firme.

El contratista podrá pagar la multa directamente, no obstante si el proveedor no paga directamente la multa, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol estará facultado para deducirla, a su arbitrio, del valor de cualquiera de los pagos que corresponda efectuar, o satisfacer el monto de aquélla haciendo efectiva la garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato. En este último caso, el contratista deberá entregar una nueva boleta de garantía bancaria, vale vista o póliza de seguro, dentro de los **10 días hábiles siguientes**, contados desde la aplicación de la multa, en los mismos términos señalados en el punto 13.3. de las presentes bases y el SENDA restituirá el saldo si lo hubiere.

La aplicación de alguna de estas multas no impide que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pueda poner término anticipado al contrato si se configuran las causales previstas en el número 13.6.8 de estas bases.

#### **13.6.6. Modificación del contrato.**

Si con posterioridad a la suscripción del contrato, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol estima necesario realizar modificaciones en sus requerimientos de servicio, las que por su magnitud representen un esfuerzo significativo para el contratista, se evaluará y propondrá al mismo la eventual modificación del contrato.

Con todo, ninguna de estas modificaciones podrá desnaturalizar los servicios licitados y adjudicados, cuestión que ocurriría si se modificara la población beneficiaria de cada plan de tratamiento o el tipo de prestaciones que incluye cada plan, o sus objetivos terapéuticos.

Por su parte, si durante la ejecución del convenio, el contratista sufre cambios en su propuesta técnica, como por ejemplo cambios en el nombre o razón social, representante legal; dirección de funcionamiento; término, renovación o modificación de resolución sanitaria, cambios en el personal que presta el servicio para el contratista, o cualquier otro dato relevante para la ejecución del servicio, deberá informarse a este Servicio de la ocurrencia de ese hecho, dentro de los **20 días hábiles** de acaecido requiriéndose la correspondiente modificación del contrato, si es que fuere pertinente.

Sin embargo, si el cambio sufrido por el contratista imposibilita la continuación del contrato, entonces se procederá a poner término inmediato al mismo, facultándose al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol a hacer efectiva la garantía de fiel cumplimiento del contrato.

Toda modificación del contrato deberá ser aprobada mediante la suscripción del contrato respectivo, a través del correspondiente acto administrativo totalmente tramitado.

#### **13.6.7. De las reasignaciones.**

En el mes de diciembre del año 2014, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol evaluará el nivel de ejecución de los convenios celebrados con los correspondientes contratistas.

Si un contratista, al 31 de diciembre del año 2014, por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el **58,3%** del número de meses de planes de tratamiento adjudicados, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho contratista en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento



adjudicados y, consecuentemente, el monto del mismo convenio, sin que ello implique la aplicación de multas contempladas en las presentes Bases.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere contratistas que a la referida fecha presentaren una ejecución completa, equivalente al **58,3%** del total de meses de planes de tratamiento anuales adjudicados, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá modificar el convenio suscrito con el contratista y aumentar el número de meses planes de tratamiento adjudicados a efectos de cubrir así la demanda existente. Con todo, este aumento en meses de planes de tratamiento no podrá extenderse a planes no incluidos originalmente en alguna de las líneas de servicio que se haya adjudicado el prestador.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la compra de meses de planes de tratamiento para el año 2015 estará sujeta a lo que establezca la Ley de Presupuesto para el Sector Público correspondiente a dicho año, reservándose este Servicio la facultad de requerir modificaciones a los convenios suscritos con los contratistas.

Tanto para todas estas modificaciones, como las establecidas en el número 13.6.6 de estas bases, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá acordar mecanismos y convenios de colaboración y asesoría con el Ministerio de Salud.

#### **13.6.8. Del término anticipado del contrato.**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol pondrá término al contrato, por acto administrativo fundado, en el evento que acaeciere alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- b) Si el contratista fuere declarado en quiebra o si éste cayere en estado de notoria insolvencia, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- c) Si el contratista se tratase de una sociedad, cuando ésta se disolviera.
- d) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- e) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- f) Revocación de la autorización sanitaria del contratista.
- g) Falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas.
- h) Por incumplimiento grave, debidamente calificado, de las obligaciones contraídas por el contratista, entendiéndose por tales aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento de los meses de planes de tratamiento convenidos, en términos tales que el beneficiario del plan de tratamiento de que se trate, no reciba el tratamiento convenido.

- i) Si al contratista se le hubieren aplicado más de dos multas durante la ejecución del contrato, de aquellas a que se refiere el número 13.6.5 de estas bases.
- j) Falta de veracidad de la información o de los antecedentes presentados por el contratista durante el proceso de licitación, especialmente aquellos que fueron considerados en el proceso de evaluación de propuestas.
- k) Si el contratista que al momento de contratar registraba saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los dos últimos dos años y no dio cumplimiento a la obligación de imputar los primeros estados pagos producto de este contrato al pago de esas obligaciones o no acreditó dicho pago en la oportunidad establecida en el contrato.

En caso de verificarse alguna de las causales señaladas, el SENDA pondrá anticipado término al contrato, pudiendo, además, solicitar judicialmente la indemnización de perjuicios que corresponda, de conformidad a las reglas generales del derecho común.

En todos aquellos casos en que el término anticipado de contrato se disponga por causa imputable al proveedor, SENDA hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato.

Con todo, en aquellos casos en que el término anticipado del convenio se produzca por algunas de las causales previstas en las letras d), h) i) y j), el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, antes de dictar y notificar el acto administrativo que disponga el término anticipado del contrato, podrá -atendida la gravedad de las circunstancias acontecidas- ordenar mediante resolución, que el contratista suspenda los servicios que se encuentra otorgando, caso en que este Servicio solo deberá pagar por los servicios que efectivamente se hayan alcanzado a prestar hasta esa fecha.

El contratista, cuyo contrato termine anticipadamente, deberá realizar las prestaciones adecuadas a las necesidades de las personas en tratamiento hasta la fecha decretada de término del mismo, además de realizar la derivación asistida, de cada caso, al centro de tratamiento que continuará la atención, acompañando un Informe actualizado que dé cuenta del diagnóstico, plan de intervención, estado de avance de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, si corresponde, y de todos aquellos datos relevantes para el éxito del proceso terapéutico.

En el caso de que se produzca el término anticipado del contrato por alguna de las causales previstas en las letras d), h) i) y j), y procediere la suspensión de los servicios ordenada por SENDA, la obligación dispuesta en el párrafo anterior deberá realizarse desde la fecha de la indicada suspensión.

Respecto del registro de las prestaciones, el contratista cuyo contrato se termine anticipadamente deberá evaluar el tipo de egreso de cada una de las personas usuarias, como alta terapéutica o derivación a otro centro, con o sin convenio según corresponda.

### 13.6.9. Cesión del contrato.

Bajo ninguna circunstancia podrá el o los contratistas ceder parcial o totalmente a un tercero las obligaciones que emanan de la presente licitación y del contrato respectivo.

### 14. Disponibilidad de las bases.

Las Bases Administrativas y Técnicas de la presente Licitación Pública, estarán a disposición de los interesados, en el sitio web [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

## II. BASES TÉCNICAS

La ejecución de los planes de tratamiento debe considerar los siguientes elementos, indispensables para una adecuada y correcta intervención, por lo que deben estar incluidos en la propuesta técnica de los oferentes:

### 1. Desarrollo: Niñez y adolescencia<sup>1</sup>

La vida es cambio. Desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte, los seres humanos presentan muchos procesos de cambios complejos, en su desarrollo. A través de toda la vida, la gente tiene todo el potencial para crecer, cambiar y desarrollarse.

Los estudiosos del desarrollo dividen toda la vida en períodos, determinando factores que influyen en el desarrollo de las personas y buscando una explicación, al porqué ocurren ciertas conductas. Al haber una secuencia temporal se posibilita la predicción del comportamiento y en algunos casos, la modificación u optimización de ciertos factores, que gatillan las conductas, al generar algún tipo de intervención.

El conocimiento de la secuencia, lo que denominaremos "ciclo vital", y de los factores o funciones evolutivas, que impactan favorable o desfavorablemente el desarrollo de un ser humano, son centrales, en el momento de intervenir.

Esta intervención se hace aún más relevante si tomamos en cuenta ciertos períodos críticos de un ser, en su formación biopsicosocial. La niñez y la adolescencia son dos etapas que implican vulnerabilidad, pero a la vez una alta plasticidad y un enorme poder de reparación.

Se presentaran en los puntos siguientes el ciclo vital humano y las funciones evolutivas relevantes en el desarrollo del niño, niña y adolescente. Se describirán algunos aspectos de la niñez y la adolescencia, considerando ciertos niños, niñas y adolescentes pertenecientes a grupos "específicos", y ciertas conductas y características particulares. Y por último, se abordarán, los factores de riesgo y de protección, así como la relación de esta población de niños, niñas y adolescentes con la familia y la escuela.

#### 1.1.1 Ciclo vital

Desde el nacimiento a la muerte, como una flecha evolutiva, el ciclo vital es una consideración esencial para una comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana, y es especialmente útil para predecir las dificultades que se plantean en el curso del desarrollo humano.

---

<sup>1</sup> Extraído del libro: "Drogas. Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones Técnicas desde una Mirada Comprensiva Evolutiva", CONACE, 2010

Existen diversos modelos de comprensión del ciclo vital humano, que se caracterizan por presentar supuestos subyacentes más o menos comunes. El primero plantea que el desarrollo tiene lugar en etapas sucesivas y claramente definidas.

La secuencia se considera invariable, es decir, se produce en orden constante.

El segundo supuesto, que correspondería al principio epigenético propuesto por E. Erikson, afirma que cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones, en caso contrario, las etapas posteriores reflejarán esta falla, ya sea en forma de desadaptaciones físicas, cognitivas, emocionales y/o sociales. Un tercer supuesto plantea que cada fase contiene un rasgo dominante, un complejo de rasgos o punto crítico que la distingue de las fases anteriores o posteriores.

A la vista de los diversos modelos de conceptualización de las fases del ciclo vital ha sido habitual organizar los períodos del desarrollo de una forma que represente o integre las contribuciones de cada uno de los principales modelos y estudios.

Las etapas citadas más habitualmente son:

Recién nacido, corresponde al primer mes de vida, el niño es denominado neonato.

En esta etapa se ponen en evidencia las competencias del niño, competencias que son necesarias para la sobrevivencia. Es así, como surge la conducta de apego, en la relación con la madre, conducta que dará las bases para la construcción del vínculo afectivo. El niño tendrá la tendencia a responder conductual y emocionalmente, con el fin de permanecer cerca de la persona que lo cuidará y protegerá de toda clase de peligros. Los estilos de apego, se desarrollan tempranamente y se mantienen por lo general durante toda la vida (Bartholomew, 1997), permitiendo la formación de un modelo interno que integra, por un lado, creencias acerca de sí mismo y de los demás y, por el otro, una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley & Cafferty, 2001).

Lactancia, etapa que dura hasta los 24 meses aproximadamente. El crecimiento es tan rápido en este período, que los hitos de desarrollo se miden en término de semanas. Existen importantes períodos de cambios, que están determinados por ciertos indicadores, como, por ejemplo, los tres organizadores de la vida psíquica descritos por Spitz: la sonrisa social (2 meses), la ansiedad ante los extraños (8 meses) y la aparición del No como respuesta (14 meses).

En un primer momento la dependencia del niño hacia su madre es total hasta que comienzan a aparecer conductas de independencia y autonomía. La dependencia hacia una figura vincular significativa (habitualmente la madre) tiene importantes efectos psicológicos. Según E. Erikson, el desarrollo de lo que denominó confianza básica es resultado de una conducta materna coherente y afectuosa durante la lactancia.

Por otro lado, algunos aspectos de la sociabilidad, como la disposición para aceptar nuevas personas, la habilidad para adaptarse al cambio y el estado de ánimo general del niño, parecen ser rasgos de temperamento heredados que permanecen absolutamente estables con el tiempo (A. Thomas, Chess y Birch, 1968) y que se manifiestan ya en esta etapa.

Pre-escolar (24 meses a 5 años). En esta etapa los niños progresan, especialmente en el lenguaje y las actividades motrices, logrando una independencia considerable.

El desarrollo de la conducta social se caracteriza por el aprendizaje a alimentarse por sí mismo, a ir por sí solo al baño y a intentar vestirse solo. Aunque la fantasía y el juego dominan este período de desarrollo, también se produce un cambio hacia el juego con los demás niños.

El término “constancia de los objetos” (alrededor de los 24 meses) se refiere al proceso por el que se organiza y mantiene la representación de la madre (el objeto que satisface las necesidades) en la mente del niño, con lo que esta representación puede ser evocada como recuerdo, incluso cuando la madre está ausente. A medida que el niño madura, esta capacidad se desarrolla más.

La identidad genérica (el sentido de pertenecer a uno u otro sexo, de ser varón o mujer) queda firmemente establecida en esta etapa. El niño se va volviendo menos egocéntrico, relaja los vínculos con su madre, dedica más tiempo al juego imaginativo y domina la mayoría de las funciones corporales. A esta edad se aprecian miedos transitorios, pero que van desapareciendo paulatinamente.

En el desarrollo de las capacidades cognitivas se verifica una aceleración, la que junto con la creciente capacidad para controlar los impulsos emocionales sienta las bases para el ingreso a la escuela.

Escolar (6 a 9 años). El desarrollo motor en esta etapa mejora notoriamente por lo tanto, niños y niñas se pueden comprometer en un campo más amplio de actividades motrices, con habilidades similares para ambos sexos. En este sentido, la nutrición adecuada es esencial para el crecimiento normal y la salud. La desnutrición puede disminuir la actividad general y la sociabilidad.

El niño experimenta un cambio de intereses, separándose de su hogar y buscando la compañía de los amigos en la escuela. El grupo de iguales juega un papel central en sus vidas, pero la familia continúa siendo importante. Durante este período tiene lugar un cese aparente de la preocupación sexual.

Los niños y las niñas tienden a escoger amigos y a agruparse con niños de su mismo sexo, aún cuando se vuelve más acentuada la conducta del rol sexual entre niños y niñas.

Durante este período destacan tres funciones: el aprendizaje, el desarrollo del intelecto y el sentido de pertenencia a un grupo de amigos.

En esta etapa los niños entran en las denominadas “operaciones concretas”. Por lo tanto, su pensamiento llega a ser verdaderamente lógico. Son capaces de entender conceptos complejos y de resolver problemas más complejos, sin embargo, su razonamiento está limitado al aquí y al ahora. La lógica les permite hacer juicios morales más maduros, cuando ellos captan los conceptos de verdadero y falso y llegan a ser menos egocéntricos. Están mejor capacitados para usar estrategias que mejoren su memoria y pueden entender mejor los procesos implicados en la comunicación y en el conocimiento. La habilidad de pensar lógicamente les permite sacar provecho de la educación formal. El desarrollo cognitivo avanza en gran parte dentro de la estructura de la escuela.

Adolescencia (10 a 19 años). Esta etapa incluiría la pubertad, en donde aparecerían los cambios biológicos esperables, especialmente en relación a los caracteres sexuales secundarios. El pensamiento se vuelve más lógico, abstracto y juicioso.

Existiría un cambio importante en torno a las relaciones con su familia, las cuales se vuelven más distantes, en comparación a las que tiene con el grupo de pares, las que se vuelven más próximas.

La difusión de rol y la crisis de identidad son dos puntos centrales que caracterizan la adolescencia. Con respecto a esta etapa, profundizaremos en capítulos posteriores.

Edad adulta temprana o joven edad adulta (19 a 40 años). La magnitud del rango etéreo de esta etapa obedece a la gran cantidad de tareas evolutivas que se concentran en la misma y que se describen a continuación. Característicamente, la mayoría de las decisiones importantes que afectan el resto de la vida se hacen durante este período. Estas decisiones incluyen la elección y entrada a un trabajo o profesión, el cortejo y matrimonio, el establecimiento de amistades duraderas y un sacrificio de las actividades anteriormente consideradas como juego. La principal tarea a resolver en este período es la de la intimidad, entendiendo ella como la capacidad para tener profundos compromisos personales con otro. Vaillant, plantea que los trastornos emocionales que selectivamente afectan a este grupo "reflejarían la angustia o protesta contra los fracasos de la intimidad".

También Erikson, identifica la crisis de este período en torno al conflicto entre la intimidad y el aislamiento.

En esta etapa la mayoría de la gente decide si casarse, convivir o quedarse soltero/a o si tener niños o no. Para la mayoría de los adultos jóvenes una relación íntima es un factor de giro en sus vidas.

La paternidad o maternidad es una experiencia de desarrollo, ya sea que los niños sean una consecuencia biológica, adoptados o hijos de un solo cónyuge. El nacimiento de un bebé marca una gran transición en la vida de los padres. Pasar de una relación íntima que involucra a dos personas, a una que involucra a una tercera, indefensa y totalmente dependiente produce cambios importantes en lo individual y en lo relacionado a la vida en pareja.

Edad adulta media o edad adulta intermedia (40 a 65 años). Mogul, ha enunciado una definición operativa de esta etapa señalando "es un período en que las anteriores elecciones en áreas importantes de la vida y los sucesivos éxitos, fracasos, satisfacciones y decepciones se revisan y reelaboran en el contexto de las antiguas aspiraciones y deseos, el reconocimiento real de las propias limitaciones y la finitud de las oportunidades y del propio tiempo".

Aunque existen ciertos cambios fisiológicos (empeoramiento de funciones corporales y un mayor desarrollo de enfermedades crónicas), estos son considerados variables, en oposición a los fenómenos casi invariables de esta etapa: el aumento de responsabilidades financieras, el establecimiento de roles sociales y el desarrollo de la identidad. La búsqueda del significado de la vida es un punto importante.

Las personas en este grupo de edad frecuentemente están atrapadas entre los cuidados a los adolescentes y a sus padres ancianos. La tensión creada por esta doble carga y por la conciencia del paso del tiempo en algunas ocasiones origina la crisis de la edad media.

Edad adulta avanzada o edad adulta tardía (65 años en adelante). Se caracteriza por la aparición de nuevos cuestionamientos. Manifestaciones físicas que acompañan al proceso de envejecimiento: disminución de la salud física y menor precisión sensorial. Es primaria la necesidad de adaptarse a grandes pérdidas, como la del trabajo, la del cónyuge y la de los amigos. En ambos sexos, según describió Neugarten (citado en Kaplan, 1991), se produce el balance de una posición de autoridad y el cuestionamiento de la anterior competencia de uno; las reconciliaciones con personas significativas y con los propios logros y fracasos; la resolución de la aflicción por la muerte de los demás y la aproximación de la

propia muerte; el mantenimiento de un sentido de integridad en términos de lo que uno ha sido más de lo que uno es, y la preocupación por el legado y por como dejar alguna huella de uno mismo.

El ciclo vital alcanza su fin natural e inevitable con la muerte. Las personas deben aceptar ese carácter inevitable. Una vez aceptado ingresan en las fases finales del ciclo vital, como dijo E. Erikson, con una sensación de integridad más que de desesperación.

### **1.1.2 Funciones evolutivas relevantes en el desarrollo del niño, niña y adolescente**

Desde una perspectiva longitudinal del desarrollo existen ciertas funciones fundamentales del ser humano, que toman especial importancia en las primeras etapas del desarrollo, es decir, del desarrollo del aparato biopsicosocial del individuo y en este particular momento del niño, niña o adolescente. Cada una de estas funciones se correlaciona con las otras, estableciendo una red funcional, que hace que el entendimiento del desarrollo sea complejo, al igual que la comprensión del efecto directo que pueden producir estímulos o daños, incidiendo en cada una de ellas.

#### **a. Desarrollo biológico**

Desde hace mucho tiempo se sabe que las funciones integrativas superiores están contenidas dentro de la corteza cerebral (Sherrington, 1906; citado en Lewis, 1985).

La mente humana depende en parte del encéfalo el cual se desarrolla en secuencia evolutiva, para varias estructuras y funciones biológicas.

En el período fetal el desarrollo del encéfalo se realiza en dirección caudocraneal. Y así, en el momento del nacimiento, las distintas estructuras que forman el encéfalo tienen distintos niveles de desarrollo. La densidad de la sinapsis (uniones neuronales) cortical al parecer, aumenta durante la lactancia, alcanzando su máximo de un 50% más que la media del adulto entre uno y dos años; después disminuye hasta los 16 años, época en que permanece relativamente constante hasta los 75 años (Huttenlocher, 1979; Lewis, 1985).

Este fenómeno quizá ayude a explicar por qué el encéfalo inmaduro se recupera más completamente de una lesión que cuando ya está bien desarrollado.

El evidente exceso de sinapsis explica, asimismo, la plasticidad del niño en desarrollo.

Entre las áreas primarias, la motora es la parte más desarrollada de la corteza cerebral durante los dos primeros años de vida. Más tarde el desarrollo se extiende a cada una de las áreas primarias (sensitivas, visuales y auditivas). A los dos años de edad, el área primaria sensitiva se pone a la par con el área motora. Este proceso cerebral continúa desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia y, posiblemente, ya entrada la edad adulta (Lewis, 1985, 2003).

El proceso de mielinización (que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso), continúa a lo largo de la infancia y adolescencia. La mielinización, se correlaciona con varias conductas. Por ejemplo, un retardo en la mielinización explica el hecho de que la sonrisa de los prematuros aparece 10 meses después del momento en que es observada en lactantes normales de la misma edad post natal.

El control neuroendocrino pasa por una secuencia evolutiva similar a la de la mielinización. Así, el eje hipotálamo-hipofisiario gonadotropina-gonadal (involucrado en la liberación de hormonas, neurotransmisores, etc.) parece empezar a funcionar durante la vida fetal y en los primeros años de la lactancia. En las etapas preescolar y escolar su actividad llega a un nivel bajo. Por último, vuelve a activarse en la pubertad. Este eje, se activa bajo condiciones de estrés, aumentando en algún lugar del circuito los niveles de cortisol, que es una hormona fundamental en la activación defensiva del cuerpo contra el estrés, bajo condiciones de intensa acumulación de angustia, rabia y depresión.

Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual existen cambios en el ámbito neurobiológico. La evidencia de estos importantes y profundos cambios, tanto organizacionales, como funcionales se produce principalmente a nivel de los lóbulos frontales. Las áreas del lóbulo frontal juegan un rol crítico en una variedad de procesos, incluyendo la planificación y toma de decisiones, el control impulsivo, los movimientos voluntarios, la memoria, y una variedad de otras funciones. La sustancia gris del lóbulo frontal alcanza su punto más alto de desarrollo entre los 11 y los 12 años y desde allí decrece durante la adolescencia (Geidd y col., 1999). Este descenso en la sustancia gris probablemente refleja dos procesos separados: la disminución del número de sinapsis entre neuronas en el lóbulo frontal y la disminución del proceso de mielinización en los lóbulos frontales.

Mientras estos cambios organizacionales se llevan a cabo, existen cambios concomitantes en la actividad de esta zona. Aunque la totalidad de la energía utilizada en los lóbulos frontales disminuye durante esta etapa (Chiron y col., 1992; Bentorkia y col., 1998), estudios de resonancia magnética nuclear funcional sugieren que la actividad que ocurre en los lóbulos frontales en la ejecución de ciertas tareas aumenta (Rubia y col., 2000).

Se sugieren otros cambios cerebrales en el período adolescente: el cuerpo calloso aumenta su tamaño, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos parietales (involucrados en el procesamiento de la información sensorial, entre otras funciones) alcanza su mayor desarrollo alrededor de los 11 años y disminuye hacia la adolescencia, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos occipitales (involucrados en el procesamiento de la información visual) se incrementa durante la adolescencia hasta el inicio de los 20 años; el volumen de la sustancia gris de los lóbulos temporales (críticamente involucrado en la formación de la memoria, así como en el procesamiento visual y auditivo) no alcanza su máximo desarrollo si no que hasta los 16 o 17 años (Geidd y col., 1999).

Además de los cambios que ocurren en la neocorteza aparece una variedad de cambios en las estructuras subcorticales. En ratas, los niveles de receptores a dopamina en el núcleo accumbens (estructura que forma parte del circuito de recompensa) aumentan dramáticamente entre los días 25-40 (Teicher y col., 1995) una edad que cae justamente en la ventana del desarrollo referida como la adolescencia en el roedor (Spears, 2000).

De este modo, aunque no está aún claro lo que estos cambios significan, lo que parece que está ocurriendo durante la adolescencia es que los lóbulos frontales y las otras estructuras señaladas se hacen cada vez más eficientes en relación a las ejecuciones de la vida adulta. Se plantea, probablemente, que esta especialización del cerebro adolescente, al menos en parte mediada por la experiencia, pueda tener la posibilidad de alterarse en su desarrollo normal con el uso y/o abuso de drogas en este período. Por ejemplo, con respecto al circuito de recompensa (que integra al núcleo accumbens) dado que los receptores a dopamina en el núcleo accumbens juegan un rol crucial en las propiedades de recompensa (producción de placer) de las drogas, estos cambios podrían tener



importantes implicaciones por los incrementos en el uso de sustancias que a menudo ocurre en la adolescencia (Apear, 2000).

#### b. **Temperamento**

El concepto de que todo individuo manifiesta un estilo peculiar de funcionamiento conductual, básicamente de naturaleza emocional y ligado a su personalidad, fue enunciado desde la edad antigua, en la medicina griega, y sigue aún vigente en nuestros días. En 1968, A. Thomas, S. Chess y H. Birch revolucionaron los enfoques sobre el temperamento en la infancia, al hacer notar la cualidad conductual innata de los niños y la influencia que ésta ejerce en el medio. Las teorías entonces predominantes consideraban al niño como receptor pasivo de influencias externas bajo modelos causales de tipo unilineal y unidireccional. Se establecieron nueve categorías conductuales presentes desde el nacimiento: el nivel de actividad; la regularidad o ritmicidad de las funciones, principalmente las de la alimentación, el sueño y la eliminación; la aproximación o retirada a nuevos estímulos como alimentos, juguetes o personas; la adaptabilidad a situaciones nuevas; el umbral de respuesta a los estímulos; la intensidad de la reacción; la cualidad del humor; y la distractibilidad frente a los estímulos indeseables, así como la persistencia y la capacidad de atención. Asimismo, señalaron la existencia de tres tipos temperamentales mixtos resultantes de la combinación de las categorías antes mencionadas: temperamento de adaptación fácil, intermedia (lenta) y difícil.

Rasgos presentes en el niño, tales como la emotividad, la actividad y la sociabilidad son dimensiones fundamentales del temperamento Goldsmith (1987) y Plomin (1993). La autorregulación y la reactividad son elementos nucleares del temperamento, entendiéndose la primera como el conjunto de procesos que modulan (facilitan o inhiben) la reactividad y que incluyen la atención, el acercamiento o la retirada, el ataque o la inhibición y, asimismo la capacidad para autocalmarse (Rothbart; 1988, 1989). Estos rasgos, al agruparse van constituyendo perfiles. Kagan y cols. (1987) postulan el concepto de timidez o inhibición conductual como perfil de conducta infantil moderadamente estable. Este perfil contrasta con el de los niños desinhibidos que se aproximan a circunstancias y personas sin miedo ni duda. Estos autores han estudiado además la relación entre dichos perfiles y sus diferencias en las respuestas de tipo neurobiológico. Así, la timidez se asocia con una frecuencia cardíaca estable, con altos niveles de hormonas relacionadas con el stress - como el cortisol y la norepinefrina - y con modificaciones en la presión arterial en respuesta a los estresores y a mayores cambios en los parámetros de la voz cuando se habla en condiciones de stress cognitivo leve. Asimismo, se han estudiado las respuestas diferenciales en función del tipo de vínculo específico, la timidez y el vínculo inseguro (al cual nos referiremos más adelante), pero no así en presencia de un vínculo seguro (Nachmias, 1996).

El reto mayor respecto a la utilidad del estudio del temperamento quizás sea el de establecer cuál es la contribución que hacia las respuestas adaptativas o maladaptativas tienen los diferentes perfiles. Hay controversia, respecto a si algunas conductas representan rasgos temperamentales que constituyen factores de riesgo o si se trata de características propias del trastorno (Graham y Stevenson, 1987). Dado que la tendencia creciente es la de considerar la psicopatología bajo la perspectiva tanto de factores de riesgo como de protección, se señalan las siguientes asociaciones:

Temperamento difícil y trastornos de conducta (Thomas y cols., 1968).

- Inhibición conductual y trastornos de ansiedad (Biederman, 1993), Factor de extraversión y problemas de alcoholismo (Wennberg, 2002).
- Desinhibición conductual y trastornos de conducta externalizados y déficit de atención (Hirshfeld-Becker y cols., 2002) y búsqueda de lo novedoso y abuso de sustancias (Rose, 1995).

Respecto a la protección, Werner y Garmezy (1989) han señalado el valor de la actividad y de la sociabilidad en los niños resilientes (resiliencia es un concepto que será abordado posteriormente).

### c. **Conductas de apego y vínculo afectivo**

Con el paso de los años se han podido identificar tendencias innatas que regulan la forma como respondemos a las amenazas, al peligro, a las pérdidas, y que están estrechamente relacionadas con la forma como nos vinculamos con personas significativas, para asegurar la adaptación y como una manera de perpetuar la especie. Y es la familia el mejor contexto dentro del cual es posible prever las necesidades específicas de cada uno de sus miembros.

El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por que los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación fue John Bowlby (Bowlby 1998). En este sentido, este autor parte del supuesto de que la conducta de apego se organiza utilizando para ello sistemas de control propios del sistema nervioso central, al que se le ha atribuido la función de protección y supervivencia.

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen por lo general durante toda la vida (Bartholomew, 1997) permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley & Cafferty, 2001).

Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establece entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre y los hermanos pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego (Bowlby, 1998).

Se sabe que los niños que tienen una interacción positiva con su cuidador logran internalizar la sensación de seguridad, lo que les permite ampliar sus emociones.

Ainsworth define tres estilos de apego en base a como responden los individuos en relación a la figura de apego cuando están angustiados: seguro, ansioso-ambivalente y evitativo (Ainsworth, citado en Buchheim & Mergenthaler, 2000).

El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo (Mikulincer, 1998).

El apego ansioso ambivalente se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998).

Por último, el apego evitativo se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales, que dan cuenta de las necesidades de protección, lo que no le permite al niño el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998).

Existen factores que parecen estar influyendo en las manifestaciones específicas del estilo de apego, tales como: la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Weaver & de Waal, 2002).

La calidad del apego madre-hijo va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra (Bowlby, 1998).

Según Bowlby, el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno social más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil.

Lo cierto es que los estilos de apego son relativamente estables y según Bowlby, la continuidad del estilo de apego se debe principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y otros componentes específicos de la personalidad.

Estos modelos logran mantenerse relativamente estables, justamente porque se desarrollan y actúan en un contexto familiar también relativamente estable (Stein, Koontz, Fonagy, Allen, Fultz, Brethour, Allen & Evans, 2002). Sin embargo, los patrones de apego pueden cambiar en función de acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que formen parte de la relación de apego.

Los estilos de apego continúan a lo largo del ciclo vital, y a través de las generaciones. Las nuevas relaciones parecen afectarse por las expectativas desarrolladas en las relaciones pasadas (Waters, Hamilton & Weinfield, 2000). Hay autores que han investigado como la transición de la infancia a la adolescencia temprana influye sobre la organización de los estilos de apego, sugiriendo la posibilidad de que sean activados ciertos mecanismos de evitación, sin los cuales no sería posible mantener una cierta distancia de las figuras parentales para desarrollar una identidad personal más definida (Ammaniti, van Ijzendoorn, Speranza & Tambelli, 2000). Esto es importante tenerlo presente, ya que la adolescencia es considerada un período de cambios y de continua reorganización de las representaciones de apego, que se caracteriza por la reevaluación de las experiencias de vida que llevan al desarrollo de la identidad (Zimmermann & Becker-Stoll, 2002). En este sentido, las relaciones de apego se hacen más estables a lo largo del desarrollo, y funcionan como un recurso de adaptación que asegura la formación de la identidad.

En esta misma línea, Cooper, Shaver y Collins (1998) observaron que los adolescentes con un estilo de apego ansioso ambivalente presentaban un pobre concepto de sí mismo, conductas de riesgo y niveles altos de sintomatología, al igual que los adolescentes con estilo de apego evitativo.

Los problemas de apego a menudo se transmiten transgeneracionalmente a menos que alguien rompa la cadena (Buchheim, Brisch & Kachele, 1998). Por ejemplo, un padre con estilo de apego inseguro puede no estar en capacidad de desarrollar un apego fuerte con su hijo, de manera de proporcionarle los cuidados que requiere para un desarrollo emocional, lo que a su vez puede llegar a influir en sus dificultades para relacionarse con otras personas.

#### **d. Resiliencia**

El término resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, “a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos”. Así, la resiliencia es entendida como la “capacidad de resistir la destrucción, de proteger la propia integridad y de construir la propia vida, a pesar de las circunstancias adversas que se presentan a cada persona”. Así, la resiliencia es una capacidad que sería inherente a toda persona. Sus bases se asientan durante la primera infancia, de ahí la necesidad de promover desde temprano el desarrollo de aquellas áreas que contribuyen a fortalecerla, para que se presente y active cuando les toque enfrentar situaciones de conflicto.

Otros autores entienden que la resiliencia no puede ser considerada como un atributo con que los niños y niñas nacen ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio. La resiliencia, según Kotliarenco, es “reaccionar ante el estímulo y a la vez sobreponerse constructivamente”. Por su parte, Werner (1989) plantea que el tema de la resiliencia resulta importante, ya que a partir de su conocimiento es posible diseñar políticas de intervención.

La intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance presente en las personas, que oscila desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Esto puede ocurrir ya sea, disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés y que atentan contra la salud mental (por ejemplo, alcoholismo paterno/materno, psicopatología de los padres o bien a la separación o divorcio de éstos), o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación dada; por ejemplo, reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas.

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

Desde la década del ochenta en adelante, ha existido un interés creciente por conocer a aquellas personas que desarrollan competencia a pesar de haber sido criadas en condiciones adversas, o bien en circunstancias que aumentan el riesgo de presentar psicopatologías (Osborn, 1990). Este grupo de personas ha sido denominado como resiliente.

Se ha definido a un niño resiliente como aquel niño o niña, que, a pesar de haber vivido en situaciones adversas, trabaja bien, tiene buenas expectativas, tiene facilidad de relacionarse con los demás, desarrolla factores sociales adecuados, tiene una capacidad en la resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y de futuro.

#### e. **Los afectos**

Los afectos constituyen expresión y ligazón entre el individuo y el mundo relacional. Son puente entre temperamento y carácter; y aspectos motivacionales, fundamentales, que impulsan al individuo sobre su base temperamental a relacionarse con los demás y gradualmente constituir el carácter.

La definición de lo que son los afectos hoy en día ha llegado a ser relativamente simple y aceptada por los investigadores de diferentes escuelas. Los afectos son estructuras psicofisiológicas, es decir tienen aspectos biológicos, fisiológicos y aspectos puramente físicos, indisolubles desde el comienzo, y aspectos psíquicos que incluye una experiencia subjetiva de placer o de dolor, positiva o negativa.

Los afectos positivos, tales como la alegría, la euforia, la excitación sexual se contrastan con los afectos negativos, tales como, la angustia, la depresión, la rabia, el disgusto. Los afectos antes mencionados son afectos básicos; también están los complejos, que derivan de la integración gradual de los afectos más simples.

Los afectos también se manifiestan a través de movimientos psicomotores asociados por expresiones, por ejemplo, la entonación de la voz, por movimientos de toda la musculatura corporal y por descargas neurovegetativas. Estas últimas reflejan las activaciones de los complejos sistemas de neurotransmisores y estructuras del sistema nervioso central y de glándulas internas relacionadas con él. Este es el primer elemento subjetivo de los afectos; a éstos se agregan, entonces, aspectos físicos y, muy especialmente, la expresión facial, que es innata y se presenta automáticamente desde las primeras semanas de vida, permitiendo que la madre diagnostique el afecto del bebé. Es decir, tenemos una capacidad innata de expresar y de leer afectos, que es general para todos los mamíferos (O. Kernberg, 2004).

Porque los afectos tienen otra función, una función comunicativa. Los afectos comunican a la otra persona y a sí mismo el estado general del organismo, tienen un aspecto cognitivo de información interna, organizan el mundo y comunican a la otra persona y, muy especialmente, el bebé comunica a su madre sus necesidades antes de poder hablar. Los afectos son el primer lenguaje interpersonal.

En resumen, experiencia subjetiva, expresión facial, expresión psicomotora asociada en descarga neurovegetativa y función comunicativa constituyen los afectos, es decir, estos son un complejo paquete estructural.

#### f. **El desarrollo cognitivo**

El pensamiento tiene su origen en el cuerpo. El lactante reacciona ante un estímulo sensitivo, emitiendo una reacción motora: si le ponemos un dedo en la mano, la cerrará; si la madre le introduce un pezón en la boca, comenzará a succionar; si se le muestra un patrón visual, fijará en él la vista. Este patrón sensorio-motor.

Es el tipo más temprano de pensamiento, pues comienza con las pautas innatas de conductas, que se acaban de mencionar: asir, succionar, observar y actividad corporal de movimientos generales.

La unidad fundamental del desarrollo cognitivo del niño o niña planteada por Piaget es el esquema; es decir, un patrón de conducta en respuesta a determinado estímulo ambiental. Sin embargo, el esquema no es una mera reacción, pues el niño también actúa sobre el medio. El esquema se vuelve cada vez más complejo a medida que el niño reacciona ante una variedad mayor de estímulos ambientales y actúa sobre ellos. Cada vez se va produciendo un acto de modificación, que

Piaget denomina acomodación, que a su vez produce un nuevo equilibrio. Ambos procesos, tanto el de asimilación como el de acomodación, van adquiriendo cada vez mayor complejidad.

En la teoría de Piaget, el desarrollo cognitivo incluye cuatro etapas fundamentales:

**Etapas sensorio-motora (desde el nacimiento hasta los 18 meses).** Desde las manifestaciones innatas, el niño va desarrollando diferentes funciones y adquiriendo nuevos esquemas de funcionamiento, centrados generalmente en su cuerpo. A los 4-5 meses trata de producir efectos sobre objetos externos que manipula. Entre los 8-9 meses empieza a advertir la existencia de objetos no percibidos u ocultos, es decir, la imagen mental del objeto adquiere ya cierto grado de permanencia en su mente (permanencia del objeto). Continúa explorando más detenidamente los objetos y su relación espacial. Inicia cambios que causen variaciones en las cosas y busca activamente eventos nuevos. En esta etapa, las palabras ya han hecho su aparición. El lenguaje constituye ante todo un acompañamiento de la acción que deriva de las imitaciones diferidas o que se basa en ellas. Poco a poco se presenta un cambio y el lenguaje a semejanza del juego se convierte en una representación verbal de una acción pasada. La imitación diferida, el juego simbólico, las imágenes gráficas y el lenguaje constituyen lo que Piaget denomina función semiótica, o sea, la capacidad de representar algo (el significado) por medio de otra cosa (el significante).

**Etapas preoperacional (desde los 18 meses hasta los 7 años).** Se advierte la aparición del pensamiento simbólico y de la representación. El lenguaje adquiere mayor importancia al ir aprendiendo el niño a distinguir objetos concretos y las designaciones con que se los indica. Y así, poco a poco, aprende a razonar en forma simbólica en vez de motora. A pesar de los adelantos en esta etapa, el pensamiento preoperacional tiene sus restricciones. El niño no sabe razonar en forma lógica ni deductiva, sus juicios están dominados por las percepciones de fenómenos, objetos y experiencias. Por otra parte, no puede atender más que a una dimensión o atributo perceptual a la vez. No logra captar plenamente el concepto de tiempo, pudiendo reconocer secuencias y rutinas diarias, pero no logrando manejar conceptos relacionados a lo temporal. El niño es egocéntrico en extremo, es decir, es conceptualmente incapaz de ver los hechos y experiencias desde ningún punto de vista que no sea el suyo. Él es a todas luces, el centro de su mundo de representaciones, no logrando tampoco distinguir con claridad entre su persona y el mundo circundante, entre el campo subjetivo de los pensamientos y sentimientos y el campo objetivo de la realidad externa. Su razonamiento no es ni deductivo ni inductivo, sino lo que Piaget llama transductivo, es decir, el niño trata de relacionar lo particular en forma poco lógica. Capta nexos entre los acontecimientos y fenómenos no por alguna relación causal, sino simplemente por su contigüedad o yuxtaposición espacial o temporal. El pensamiento es sincrético, es decir, se concentra en él todo de la experiencia, sin relacionarlo con las partes; con tendencia a la centración, es decir, se concentra en un aspecto de la relación cambiante, con exclusión de otros aspectos. El niño, en esta etapa, por tanto presenta representaciones estáticas, es decir presenta incapacidad de manipular las representaciones mentales. Otra característica del pensamiento es el animismo. El niño cree que todo cuanto se mueve tiene vida; cosas como las

nubes o las piedras están provistas de motivos y emociones. A su vez, los procesos mentales (entre ellos los sueños) se consideran cosas que provienen del exterior.

En la medida que pasa el tiempo estas características van cambiando, el niño se va acomodando mejor a la realidad, observándose, una paulatina “descentración” de los intereses del niño, de su percepción y de sus puntos de vista. La descentración, se realiza en parte por la mayor participación social. El niño comienza así a verse a sí mismo y al mundo desde otras perspectivas.

Etapa de las operaciones concretas (desde los 7 años hasta el inicio de la adolescencia). El niño está en condiciones de atender simultáneamente a dos variables. Ha dominado lo que Piaget llamó concepto de conservación. El niño lo adquiere no sólo respecto al volumen sino, además, respecto al número, clase, longitud, peso y superficie. El adelanto principal en esta etapa consiste en que el niño es capaz de aplicar los principios lógicos fundamentales al campo de la experiencia y de los fenómenos concretos, pero sin que sus percepciones interfieran en ello. Poco a poco sus procesos de pensamiento lógico se organizan en una estructura de creciente complejidad e integración, estructura que le permite afrontar al mundo circundante o a reaccionar sistemáticamente ante él.

Etapa de operaciones abstractas que corresponde a la adolescencia. Según Piaget, la gran novedad que caracteriza el pensamiento del adolescente consiste en manipular las ideas propiamente dichas y no sólo los objetos (Piaget, 1969). Está ya en condiciones de valerse de hipótesis, de experimentar y de hacer deducciones, de pasar de lo particular a lo general. Puede hacer afirmaciones teóricas que no dependen de un contenido específico y, además, puede aplicar este tipo de pensamiento a toda clase de datos. De ello resulta una mayor independencia y desvinculación del mundo concreto. Una vez que el adolescente ha llegado a las conclusiones correctas mediante el uso del pensamiento analítico, está en condiciones de dar un paso más: puede manipular las conclusiones y deducir otros conceptos, y estas nuevas manipulaciones son enteramente operaciones mentales, libres por completo de las observaciones originarias.

Piaget clasifica estas manipulaciones, u operaciones mentales, en cuatro grupos que abarcan los llamados INRC (identidad, negación, reciprocidad y correlatividad, respectivamente). La realización de estas estructuras cognitivas de tipo operacional y formal representa la etapa final en el proceso del pensamiento humano, pero no en el contenido del mismo.

Para Beck et al. (1979), una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Así, en el esquema de Beck, las cogniciones (pensamientos) conducen a los sentimientos; o, lo que es lo mismo, la cognición es previa y determinante del afecto, el cual determina a su vez a la conducta. Se sigue, por tanto, la línea esquema-cognición-afecto-conducta.

Más recientemente Alford y Beck (1997), consideran que la cognición incluye las estructuras teóricas necesarias para apoyar el procesamiento de la información. Los esquemas son organizadores mentales de experiencias que influyen el modo como la información es procesada y el modo como la conducta es organizada. Las estructuras cognitivas pueden engendrar procesos y eventos cognitivos y afectivos, y también pueden ser desarrollados al procesar acontecimientos y eventos (por él, los eventos de vida estresante pueden ser la causa de esquemas que después inciden negativamente en el individuo).

El cambio de las propias estructuras cognitivas, tema importante siempre, es más probable que ocurra por descubrir una continua experiencia establecida que cuando las viejas estructuras cognitivas son cuestionadas y no garantizadas, y cuando la adopción de estructuras nuevas, más adaptativas, es reforzada. Los datos de la experiencia, proporcionan la base más convincente para estructurar el self de uno mismo, del mundo y la relación entre ambos (Meichenbaum, 1985).

**g. Autocontrol y autorregulación**

La autorregulación, corresponde al control independiente que el niño hace de su propia conducta, para ajustarse a las expectativas sociales comprensibles.

El crecimiento de la autorregulación ocurre paralelamente al de la conciencia cognoscitiva. A medida que el niño o niña, cumple o no con las peticiones de los adultos, incorpora gran cantidad de información sobre que tipo de conductas son socialmente aprobadas. A medida que procesa, almacena y actúa sobre esta información ocurre un cambio gradual desde el control externo al control interno.

Desde el nacimiento los niños atraviesan por cuatro fases en su camino a la autorregulación (Kopp, 1982).

Fase 1: Modulación neurofisiológica. (desde el nacimiento hasta los 2 o 3 meses). En las primeras semanas los infantes comienzan a calmarse cuando se hallan sobreestimulados. Mediante el uso de conductas originales como chupar.

Fase 2: Modulación sensorio-motriz (desde los 2-3 meses hasta los 9-12 meses).

Una vez que los bebés llegan a la edad en que están despiertos más tiempo durante el día, se vuelven conscientes de que sus acciones pueden afectar su entorno. Sin embargo, ejercerán su influencia en su medio ambiente sólo cuando alguien o algo llame su atención o de respuesta a su conducta.

Fase 3: Control (desde los 9-12 meses hasta los 18 meses o más). El control está ligado al desarrollo de lo que Piaget describió como conducta intencional o dirigida hacia una meta, pero está limitada a una situación específica. Los niños en esta tercera fase todavía no tienen la habilidad cognitiva para generalizar y su memoria es limitada. Lo que ellos pueden hacer puede reprimir el conocimiento de lo que se supone que ellos deben hacer. Debido a que la autoconciencia, tan sólo se está empezando a desarrollar, no comprende verdaderamente lo que significa controlarse a sí mismo.

Fase 4: Autocontrol y progresión de la autorregulación (desde los 18-24 meses en adelante). Fase en la cual los niños desarrollan la habilidad de formar imágenes mentales simbólicas y recordar los eventos pasados. También están desarrollando la habilidad de reflejar sus propias acciones y así pueden conectar mentalmente lo que hacen con lo que se les ha dicho que ejecuten. Ambas habilidades cognitivas, permiten a los niños monitorear su propia conducta. El autocontrol, entonces, significa que sobre la base de la información recordada los niños alterarán o demorarán una acción para adaptarse a lo que conocen como socialmente aceptable, incluso cuando la persona que cuida está ausente. Sin embargo, la adaptabilidad de los niños a nuevas situaciones todavía es limitada y bajo presión de un estímulo o deseo olvidan fácilmente las normas. El cambio súbito a la autorregulación involucra mayor flexibilidad, pensamiento conciente y disponibilidad para esperar.



## h. **Desarrollo moral**

La conducta moral proviene, en parte, de las normas culturales básicas que gobiernan la acción social internalizada por el niño. El desarrollo moral es el incremento alcanzado por la internalización de dichas normas. Suele suponerse que el mencionado proceso recibe el influjo del castigo y el premio, la identificación con los padres como modelos y las oportunidades de encarnar papeles en el juego con los coetáneos. El grado de internalización se mide basándose en la capacidad del niño para resistir la tentación de quebrantar una regla cuando ni el castigo ni la posibilidad de incumplimiento influyen en él. También se mide a partir del sentimiento de culpabilidad y la capacidad de juzgar la conducta.

Esta capacidad es una dimensión compleja, ya que entraña capacidad cognitiva, posibilidad de prever los acontecimientos venideros, posibilidad de sentir empatía por otra persona, posibilidad de mantener la atención y no ceder ante los impulsos, control de fantasías (en especial la de índole agresiva) y, por último, sentimientos de autoestima y seguridad en sí mismo.

Piaget describe el desarrollo del juicio moral en función de seis aspectos, todos ellos conectados con el desarrollo cognitivo y al parecer derivadas de él. Las seis dimensiones revelan una transición del juicio realizado basándose en las consecuencias físicas externas inmediatas al que se emite a partir de valores internos o subjetivos (Kohlberg, 1964).

**Intencionalidad del juicio:** los niños de corta edad tienden a considerar malo un acto en función de sus consecuencias físicas concretas, en tanto que los de mayor edad le dan ese calificativo según la intención que tenga el sujeto de causar daño.

**Relativismo del juicio:** los niños de corta edad piensan que un acto es totalmente correcto o incorrecto y suponen que los adultos siempre tienen la razón. Por el contrario, los niños mayores advierten la posible diversidad en las ideas del bien y del mal.

**Independencia de las sanciones:** el niño de corta edad afirma que un acto es malo porque éste acarrea castigo, mientras que un niño mayor dirá que es malo por violar una norma o por causar daño a otros.

**Uso de la reciprocidad:** los niños de 4 años no incluyen la reciprocidad como un motivo de consideración por los demás, mientras que si la utilizan los de siete años o más, aunque estos últimos muestran una reciprocidad egoísta y concreta. Entre los 11 y 13 años casi todos juzgan bien en términos de la reciprocidad ideal, pues se ponen en lugar del otro.

**Empleo del castigo para hacer restitución y enmendarse:** los niños pequeños proponen imponer castigos dolorosos y fuertes a las faltas, en cambio, los mayores se pronuncian a favor de castigos menos severos que también propicien el cambio de quién comete la falta.

**Ideas naturalistas sobre las desgracias:** hasta los 6-7 años los niños piensan que las desgracias o accidentes que están anteceditos por actos malos son un castigo de una fuerza superior (por ejemplo: Dios). Los niños de mayor edad no establecen por lo general ese nexo.

Basándose en las ideas de Piaget en relación a las etapas del desarrollo cognitivo, descritas anteriormente; Kohlberg (1964) ha propuesto tres niveles fundamentales del desarrollo del juicio moral:

## ■ Nivel I. Premoralidad (o moralidad preconventional).

■ Tipo 1. Orientación hacia el castigo y obediencia (es decir, sumisión a la fuerza superior de los padres).

■ Tipo 2. Hedonismo instrumental primitivo (esto es, se obedece pero sólo con la esperanza de recibir un premio).

## ■ Nivel II. Moral de la conformidad (o moralidad convencional).

■ Tipo 3. La moralidad propia del conformista, que busca a toda costa mantener buenas relaciones con otros y recibir su aprobación (o sea, sumisión a las reglas con objeto de agradar a los otros y ganarse su aprobación).

■ Tipo 4. La autoridad preserva la moral (es decir, se acatan las reglas con tal de conservar el orden social).

## ■ Nivel III. Moral de principios éticos aceptados voluntariamente (o moral postconvencional).

■ Tipo 5. Moral del contrato social, de los derechos individuales y digamos, de las leyes aceptadas en forma democrática (con la seguridad de un "contrato social" legal).

■ Tipo 6. Moral de los principios individuales de conciencia (la obediencia voluntaria se funda en principios éticos. Este nivel se alcanza, cuando se logra, hacia la adolescencia).

### i. Desarrollo del concepto de sí mismo

El sentido de sí mismo crece lentamente, comenzando con la autoconciencia: el darse cuenta gradualmente de que se es un ser separado de otra gente y de otras cosas, con habilidad para reflexionar sobre sí mismo y sobre las propias acciones.

El autoconocimiento cristaliza en el primer momento de autorreconocimiento, aproximadamente a los 18 meses de edad, cuando los niños se reconocen frente al espejo.

El próximo paso es la autodefinición; identificación de las características internas y externas que el individuo considera significativas para describirse a sí mismo. Cerca de los tres años, los niños piensan en ellos más en términos externos: cómo parecen, cómo viven, qué hacen. Sólo a los 6 – 7 años los niños comienzan a definirse ellos mismos en términos psicológicos. Desarrollando un concepto de quiénes son (el yo verdadero) y de cómo quieren ser (el yo ideal). Cuando terminan este proceso de entenderse a sí mismos, los niños han hecho un progreso importante, del control de sus padres hacia su autocontrol.

Parece ser que no hay nada más personal que el sentimiento del yo. Pero la mayoría de los investigadores ven el autoconcepto como un fenómeno social, "el punto de convergencia entre el individuo y la sociedad"(Markus y Nurius, 1984).

La preadolescencia (a fines de la etapa escolar) parece ser el tiempo señalado para este encuentro. Las capacidades, actividades y contactos sociales, en aumento en este período, están acompañados por responsabilidades cada vez mayores. Los niños empiezan a regular su comportamiento no sólo para conseguir lo que quieren y necesitan, sino también para responder a las necesidades y deseos de los otros.

A medida que se esfuerzan por llegar a ser miembros que funcionen en una sociedad, los niños deben realizar varias tareas importantes que contribuyen al desarrollo de su autoconcepto. Según Markus y Nurius (1984), ellos deben:

Ampliar su autoentendimiento para reflejar las percepciones, necesidades y expectativas de la otra gente. Por ejemplo, tienen que aprender que significa ser amigo o miembro de un equipo.

■ Aprender más acerca del funcionamiento de la sociedad, sobre las relaciones complejas, los roles y las reglas.

■ Desarrollar estándares de comportamiento que sean personalmente satisfactorios y también incorporar los aceptados por la sociedad.

■ Dirigir su propio comportamiento.

El desarrollo del sí mismo, en la preadolescencia se correlaciona estrechamente con el desarrollo de la autoestima (E. Erikson, 1950). Esta se refiere a la evaluación que hacen los niños de ellos mismos, o autoimagen. Los niños comparan su yo ideal con su yo real. Ellos mismos juzgan que tan bien alcanzan los estándares sociales y las expectativas que tienen en su auto concepto y con qué grado de competencia hacen su trabajo.

#### j. **La personalidad**

La personalidad puede definirse como el “modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa” (Bermudez, 1997) o “los patrones característicos y distintivos de pensamiento, emoción y conducta que define un estilo personal del individuo de interactuar con el ambiente físico y social”(Atkinson, 1996). En relación a la Personalidad Pervin (1998), nos indica: “La personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además la personalidad engloba los efectos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro”.

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra como las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen períodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental.

Las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad y de todos sus componentes.

#### k. **Integración de etapas y funciones evolutivas**

Todas las funciones evolutivas analizadas hasta este punto se van integrando paulatinamente en la medida que el desarrollo avanza. Las relaciones e interacciones se van haciendo más complejas, haciendo que cada etapa se caracterice como un todo y no simplemente como la yuxtaposición de partes.

Aunque existen líneas múltiples e interconexas en la aparición de las etapas y de las respectivas funciones, cada línea posee su propio ritmo de desarrollo, dando origen a un ser humano de niveles múltiples en todo momento.

Cada etapa del desarrollo normal es un adelanto respecto a la anterior. Cada una de ellas se sobrepone a las anteriores, pues las estructuras y funciones construidas en una determinada edad se integran a las que antecede.

Cada etapa avanza en dirección de una creciente complejidad estructural, de un estado de relativa globalidad a otro de creciente integración y diferenciación. Los factores biogenéticos, experienciales, psíquicos y ambientales garantizan y facilitan el proceso evolutivo y la adaptación. Teniendo presente, que se dan períodos críticos o sensibles, las condiciones pueden ser favorables o desfavorables para la adquisición normal o patológica de las funciones evolutivas: conducta de apego, cognición, afectos, etc.

Existe un sinnúmero de factores que pueden alterar el desarrollo normativo de todas las funciones evolutivas, factores biológicos como traumatismos, infecciones, intoxicaciones; factores psicológicos como traumas precoces, personalidad de los padres y estilos de crianza; factores ambientales, como ambientes escolares y de la comunidad adversos.

Al dar una mirada integral del individuo, en una perspectiva evolutiva, podremos probablemente, evaluar e intervenir en forma eficiente y oportuna.

El consumo de sustancias puede, desde el período fetal y en todas las etapas del desarrollo, incidir negativamente y de distinto modo en los distintos ámbitos del desarrollo biopsicosocial. En los capítulos posteriores, se revisa como se inserta el consumo de sustancias en las distintas etapas, cuál es la magnitud de las dificultades en relación a prevalencia y perfiles de consumo en niños, niñas y adolescentes, cuáles serían las etapas del diagnóstico de este individuo con conductas de riesgo y, por último, cuáles serían las intervenciones y las modalidades de abordaje pertinentes a este grupo de niños, niñas y adolescentes.

#### **1.1.3 Infancia**

En las ciencias sociales los enfoques teóricos respecto a la infancia se encuentran en un proceso de revisión. Los enfoques hasta hoy usados son cuestionados como "adultistas" por concebir la infancia solamente como etapa de preparación a la vida adulta. Contra eso está ganando importancia un enfoque desde la perspectiva de los niños y niñas, más sensible para el presente y la vivencia cotidiana de ellos, tomando en cuenta sus propias visiones y aportes a la sociedad.

Los nuevos pensamientos reflejan, que en las sociedades actuales la infancia se encuentra en un profundo proceso de transformación. Cada día menos la infancia representa un espacio de protección y moratoria social, excluido del mundo adulto. Poco a poco esta sustituida por una infancia que está, de una nueva manera, incluida en la sociedad, llevando a los niños y niñas más responsabilidad y participación.

Cada vez más, va apareciendo la idea de los niños y niñas como “sujetos activos”. Esto se logra constatar, principalmente, con el reconocimiento creciente de los niños como “sujetos de derechos” y la autonomía avanzada de los niños como actores competentes frente a las nuevas tecnologías y medios de comunicación, y como consumidores conscientes.

Por otro lado, se constata, que la ampliación del espacio de actuación junto con la responsabilidad creciente lleva para los niños nuevas cargas y riesgos. Esos se ven marcados principalmente en la obligación de tomar de forma temprana decisiones sobre su vida, sin poder construir esencialmente su futuro. Se supone, “autónomo” corresponde a la flexibilización de las relaciones entre infancia, familia, mercado y Estado, privatizando los costos sociales anteriormente asumidos por el Estado, los que sirven para que los niños se adapten previamente al mercado “flexibilizado” del “trabajo” y consumo”.

#### **a. El niño y la niña como sujeto de derechos**

La Convención Internacional de los Derechos de la Infancia resalta, entre otros derechos, el interés superior del niño, niña y del adolescente (artículo 3) como eje clave en todas las medidas concernientes a los niños/as que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, comprometiéndose a asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar.

En el ámbito de las drogas se define que “los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias” (artículo 33, de la Convención citada).

Al concebir al niño, a la niña y a los adolescentes como sujetos de derechos, la Convención le asigna el estatus de ciudadano/a. La Convención obliga al Estado, al igual que a las instituciones relacionadas con la crianza, como la familia, el grupo de pares, la vecindad, la escuela, la empresa, la iglesia, los servicios públicos y privados, etc. a reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos estipulados, lo que implica gestionar los recursos necesarios, ponerlos a su disposición y asegurar su accesibilidad. Esto incluye tomar todas las iniciativas que permitan asegurar no solo la promoción de salud, de estilos de vida saludable, sino también de proveerles de los servicios especializados cuando se vean envueltos en situaciones que dañan su salud.

Los derechos, de los cuales es titular todo niño, niña o adolescente abarcan todos los recursos culturales y aspectos de la vida en sociedad. Se requiere de la generación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los Derechos, destacando la necesidad de un trato especial, acorde a su edad, madurez y/o etapa evolutiva. En definitiva, la aplicación de la Convención Sobre los Derechos del Niño y de la Niña desafía la comprensión de la niñez, la crianza, la educación y las relaciones sociales.

#### **b. El niño y/o la niña como consumidor**

Convertirse en consumidor es muy importante en la sociedad actual, puesto que ésta satisface gran parte de las necesidades materiales, sociales y culturales a través del mecanismo del mercado o mundo mercantil (Riesman, Glazer y Denny, 1953). En consecuencia, jugar el papel de consumidor es vital para el bienestar de una persona. Este papel se va adquiriendo a lo largo de un camino

de aprendizajes, en el que los padres colaboran. Todo este adoctrinamiento del consumidor no parece ser un acto deliberado y formalizado por parte de los padres, más bien parece formar parte habitual de la ayuda que se les da a los niños durante su crecimiento y desarrollo normal (Ward, Walkman y Wartella, 1977; Mc Neal, 1987). Si bien los padres son los agentes primarios de socialización de los niños, el aprendizaje de los patrones de comportamiento del consumidor es el resultado de la influencia que ejercen muchas otras personas y muchos otros objetos (inanimados y animados).

A principios de la década del 90, en busca de una explicación sobre el comportamiento de consumidor en los niños, como objeto de estudio en sí mismo, Mc Neal (1993) y Mc Neal y Yeh (1994) postularon y evaluaron 5 etapas en el desarrollo del comportamiento del consumidor en la niñez.

1. Observación. El niño tiene su primer contacto sensorial con el mundo mercantil y, por consiguiente, su primera oportunidad para interactuar como una fuente comercial de bienes y servicios que satisfacen necesidades. En esta temprana época de su vida el niño ha experimentado satisfacción a partir de productos proporcionados sólo a través de sus padres. Durante la última parte de esta etapa previa al lenguaje comienza a visualizar la conexión que existe entre los padres y los vendedores como proveedores. A través de la vista, el tacto, el gusto, el olfato y la captación de sensaciones auditivas provenientes del mundo mercantil y, con frecuencia, con la ayuda de los padres, el niño confinado a la percepción empieza a formar sus propias impresiones sobre el mundo mercantil como fuente de productos que satisfacen sus necesidades y que los padres rutinariamente le proporcionan.

2. Pedido. Esta etapa se caracteriza por la capacidad de los niños de pedir artículos de consumo, principalmente productos alimenticios, primero por medio de gestos, luego con una palabra y más tarde con oraciones, según se desarrolla el lenguaje.

3. Selección. La siguiente etapa lógica es el acto físico de tomar estos artículos, en tanto sus mentes y sus cuerpos evolucionan y se desarrolla la necesidad de realizar acciones de forma independiente. Pedir algo se convierte gradualmente en conseguirlo, puesto que al ser autorizado su pedido esto va seguido del acto de seleccionar, es decir, buscar un producto, tomarlo y consumirlo o colocarlo en el carro del supermercado para consumirlo después. Este es el primer acto físico importante que realiza el niño con miras a convertirse en un consumidor independiente. Una vez que se le permita al niño seleccionar productos periódicamente a una edad media de 3 años y medio, el acto en sí se convierte en una sensación de seguridad que lleva a pedir más.

4. Coadquisición. Después de seleccionar regularmente los productos con autorización de los padres y presenciando como ellos pagan por dichos productos, los niños, en su deseo de desempeñar el rol de adultos, quieren participar activamente en el proceso de intercambio. Con la autorización de los padres y al principio con mucha ayuda, el niño realiza su primera coadquisición tomando el producto del estante y dando dinero al cajero. Si bien el niño apenas entiende el concepto de dinero, éste es suficiente para permitirle llevar a cabo el episodio completo del consumidor, el cual incluye querer, buscar, adquirir y utilizar un producto. Así pues, en la cuarta etapa, con una edad media de 5 años y medio, los niños empiezan a desempeñar el papel de consumidores primarios.

5. Compra Independiente. Luego de diversas compras con la ayuda de los padres, los niños dan el paso final que los lleva a convertirse en consumidores: el acto de comprar por sí solos. Aproximadamente a la edad de 8 años los niños pueden

caminar o ir en bicicleta a una tienda, donde podrán realizar compras por sí solos, o quizá podrán ir a un centro comercial con los padres y luego solos para realizar sus propias compras.

#### Etapas de desarrollo del comportamiento del consumidor

Etapa	Descripción	Edad Media	Resultados	Producto involucrado	Tiendas involucradas
Observación	Primera visita a una fuente comercial proveedora de bienes y servicios	2 meses	Primeras impresiones del mundo mercantil a través de colores, formas, sonidos, olores, texturas	Ninguno	Supermercados (78%) Tiendas mayoristas (9%)
Pedido	Pedido de un producto cuando se está ante él gesticulando, señalando con palabras	2 años	Primera entrega de objetos que satisfacen sus necesidades de una fuente comercial a través de sus propios esfuerzos físicos	Cereales (47%) Golosinas (30%) Juguetes (21%)	Supermercado (76%) Tienda mayorista (11%) Tienda de juguetes (7%) Centro comercial (3%)
Selección	Tomar productos independientemente de los estantes	3 años	Primera entrega de objetos que satisfacen sus necesidades de una fuente comercial a través de sus propios esfuerzos físicos	Cereales Juguetes Golosinas Libros Ropa	Supermercado (56%) Tienda mayorista (23%) Tienda de juguetes (11%) Centro comercial (7%)
Coadquisición	Primera compra de un producto deseado con la ayuda de los padres	5 años	Primera experiencia con el proceso de intercambio en el que se da dinero a cambio de productos	Juguetes Golosinas Artículos de regalo Ropa Cereales	Tienda mayorista (43%) Tienda de juguetes (23%) Supermercado (19%) Centro comercial (16%)
Compra Independiente	Realizar el acto de compra completa de manera independiente	8 años	Efectuar la primera compra de un producto deseado, sin ayuda alguna	Golosinas Juguetes	Comida Supermercado (64%) Centro comercial (12%) Tienda Mayorista (11%) Tienda de juguetes (8%)

(Adaptado de "Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales", MacIsaac, 2000).

Según lo señalado por McNeal (1992) y (Lazer) 1994, los importantes cambios en la vida familiar de la década de los 80-90, sobre todo en sociedades de libremercado, al presentarse en forma simultánea, ocasionaron un cambio general.

Estos cambios serían:

Los hogares con dos sueldos aumentaron. Muchas madres, bajo circunstancias de elevación del costo de vida o bien con posibilidades de ejercer o de ingresar al mundo laboral, dio a la familia la posibilidad de tener más dinero para gastar. Este aumento absoluto del ingreso familiar permitió a los padres destinar o proporcionar dinero adicional a sus hijos.

■ El índice de fertilidad total disminuyó. Cualesquiera que fuesen las razones, hubo relativamente menos niños por familia y más dinero para cada uno, debido a que en el hogar había dos personas que ganaban dinero.

■ Las familias se demoraron más en tener hijos. Al retrasar los nacimientos y afianzar lo profesional o laboral, los padres tuvieron más dinero cuando los niños nacieron y, por consiguiente, tendían a darle más dinero. Así pues, el hecho de dar más dinero a los niños se inició con frecuencia desde que ellos nacían y no cuando llegaban a la etapa de "yo quiero".

■ Las familias separadas aumentaron el número de hijastros. Debido a las separaciones y el divorcio, muchos niños viven como hijastros en sus familias. Aunque esto sirve de muy poco consuelo para estos niños, ellos tienden a recibir más dinero y más cosas de sus varias familias, suelen tener dos "madres" y dos "padres" y, por supuesto múltiples abuelos.

■ Las familias con sólo un padre o una madre aumentaron. La cantidad de hogares encabezados por sólo un padre o madre (con frecuencia madres y casi siempre en condiciones económicas desfavorables) ha aumentado, lo que lleva a pensar que los hijos participarán más en las actividades del hogar.

En estos casos, los niños tienden a desempeñar el papel de consumidores mucho más temprano y de manera más regular, manejando dinero, yendo de compras, comprando para la familia y para sí mismos. En estos hogares con un solo padre o madre los niños suelen realizar sus primeras compras casi un año antes que los niños que pertenecen a hogares encabezados por ambos padres, existiendo además una fuente oculta de ingreso para estos niños de un solo padre/madre, ya que con frecuencia los padres distantes proporcionan a sus hijos regalos y dineros adicionales (McNeal, 2000).

Los abuelos “volvieron” a ser importantes. Los abuelos tienden a gastar más por juguete que lo que gastan sus padres, y una de las fuentes de ingreso de más rápido crecimiento para los niños es precisamente, el dinero que viene de los abuelos.

El factor de culpa aumentó. El hecho de que tanto la madre como el padre trabajaran vino asociado al sentimiento de culpa, por el hecho de estar la mayor parte del día alejados de sus hijos. A juicio de MacNeal, se inventó el término “calidad de tiempo”, para justificar la cantidad menor de tiempo que ellos pasaban con sus hijos.

Los padres se “angustiaron” por el futuro de sus hijos. La incertidumbre económica de las últimas décadas llevo a los padres a preocuparse por que sus hijos tuvieran las mismas oportunidades que otros niños, más que a considerar las mismas oportunidades que ellos tuvieron. Muchas familias que tenían menos daban más a sus hijos, más dinero, más cosas, más educación y capacitación, más poder en la toma de decisiones de la familia. En Estados Unidos se constató que la ventas al por menor durante la temporada de Navidad en los años 1990-1994 bajaron, excepto en lo que se refirió a mercaderías para niños.

Todos los aspectos anteriormente enunciados son fundamentales al diagnosticar los aspectos psicosociales del niño o adolescente frente al consumo de drogas.

### **c. El niño, la niña y el consumo de drogas**

El consumo de sustancias en niños o niñas, es decir sujetos menores de 10 años, es algo poco frecuente, pero lamentablemente existente. Desde lo descrito en la literatura y en la información de experiencias de quienes trabajan con esta población infantil se sugiere respecto del consumo, no hablar de adicción, sino más bien de “consumo”. Especialmente si no se ha observado la presencia de indicadores que definen una adicción como lo es el síndrome de abstinencia, por ejemplo.

Por otra parte, si bien es posible categorizar los tipos de consumo en el caso de niños, la experiencia apunta a que en esta población no existiría un consumo no problemático. Es decir, en menores de 10 años, dados los argumentos entregados por los ejecutores de programas que intervienen en esta población (mesa técnica CONACE 2002) se sugiere hablar de consumo problemático o de consumo en alto riesgo o, por último, de consumo que puede llevar rápidamente a un daño, al parecer por la cantidad de factores de riesgo que se acumulan en un niño o niña que consume.



Los argumentos que apoyan esta propuesta son los siguientes:

Fisiológicamente, se trataría de un cuerpo y un aparato psíquico que está en formación. Por tanto, todos sus sistemas se ven afectados por la presencia de sustancias tóxicas, que tendrán una mayor repercusión que en el adulto.

Está claro que los niños pueden tener diferencias de consumo de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentren, pero el sentido que está tras el consumo en la niñez tiene siempre una raíz que dice relación con importantes carencias presentadas tanto en el ámbito de las necesidades básicas y acceso a servicios, como en el ámbito vincular y de relaciones afectivas con su familia de origen.

Se está contraviniendo la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que compromete a los países del mundo a garantizar protección y seguridad a la infancia.

Por tanto, no es posible hablar de un consumo responsable, pues cualquier tipo de consumo en niños menores de 10 años, siempre conlleva un importante riesgo asociado, que muchas veces no es posible determinar previamente, si sólo nos centramos en las sustancias consumidas y no en los sentidos que ellos le otorgan a las mismas y el contexto en el cual se desarrolla el consumo de sustancias.

Por último, la literatura no hace una distinción o categorización particular en el consumo de drogas en niños. Pero, si se consideran ciertas indicaciones respecto a las etapas de desarrollo infantil, es posible hablar de tres tipos de consumo:

1. Consumo Imitativo (5 a 7 años). Este consumo se asocia al experimental, en la medida que se prueba la droga con el sentido de la imitación de una conducta observada en un adulto o en los propios pares. En general el acceso a la droga, es a través de pares mayores y el consumo en esta etapa, que característicamente se observa en población de alto riesgo y marginal, es, por lo general, el de solventes volátiles, pudiendo haber acceso, sin duda alguna, a otros tipos de sustancias.

2. Consumo "sin sentido". Este consumo se da generalmente entre los 8 y 10 años. Es un consumo concreto en tanto se relaciona con los efectos físicos que la sustancia le proporciona y que suplen graves necesidades concretas, tanto materiales como afectivas. No hay elaboración respecto del por qué se consume y de las causas y efectos de dicho acto. El sujeto, carece de la posibilidad de abstraer consecuencias presentes y futuras del consumo, debido a la etapa del desarrollo del pensamiento en que se encuentra.

El niño que vive en estas condiciones, por lo general, siente la desprotección, no puede identificarse con una figura significativa, tiene dificultades en la adaptación social en términos de incorporar nuevas leyes y aparecen en él, conductas agresivas que pueden presentar dos caminos: una constante autoagresión o una agresión volcada hacia afuera permanentemente, que lo distanciará y le impedirá el acceso y el mantenimiento en los sistemas sociales.

3. Consumo "con sentido" (preadolescencia, adolescencia temprana). La droga acá presenta "un sentido" tanto en el ámbito individual, como grupal. En ambos, el consumo viene a intentar llenar el lugar de la falta, en términos de la protección, de lo vincular, etc. El sentido se relaciona, por una parte, con carencias concretas, pero, a la vez, con déficits del orden de lo simbólico. A través del consumo se pasa a ser parte de un grupo, se adquieren roles y se reproduce lo aprendido. El

consumo aparece como una autoagresión y a la vez como una forma de desafiar permanentemente la ley, a eso de lo que no son parte o no han adquirido.

#### **d. Grupos de niños específicos: niños y niñas en el circuito de calle**

Si bien los niños y niñas tienen características similares en muchos aspectos de su desarrollo biopsicosocial, también existen grandes diferencias en las distintas áreas de este. Por lo tanto, el desarrollo tomará cursos diferentes, de acuerdo a las distintas posibilidades que niños y niñas tengan en su vida.

En las últimas décadas, la presencia de los niños en el “circuito de calle”, como grupo que presenta especificidades, ha puesto de manifiesto la marginalidad infantil, como consecuencia del modelo económico y su impacto en este segmento de la población, que aparece como la cara visible de la agudización de la pobreza y de la desprotección social. Pedro Guell plantea que los niños de y en la calle serían la cara visible de los efectos no deseados de la modernización del país y su repercusión en el núcleo familiar.

Según estudios del Servicio Nacional de Menores, la población nacional total de niños, niñas y adolescentes atendidos por ese servicio asciende a 71.009 niños y niñas. Un 12,1% de ellos correspondería a niños de y en la calle, situándose la mayoría de ellos en edades que van entre los 7 y 16 años. Respecto a la distribución por regiones, la mayor concentración está en la VIII región (19,45%), en segundo lugar, en la Región Metropolitana con un 18,5%, en tercer lugar, la X Región con el 16,3%, y la V Región, con un 13,9%, en cuarto lugar.

Se debe diferenciar entre dos perfiles de niños que presentan situación de marginalidad, niños en la calle y en niños de la calle. Si bien expresan similitudes, es posible reconocer importantes diferencias que marcarán el estilo de abordaje que se desee realizar. La experiencia de trabajo con ambos perfiles indica que no es posible plantear intervenciones universalistas, sino que se requiere necesariamente considerar las especificidades de cada subgrupo.

Ambos grupos, a la vez, son atravesados por otras características, tales como situaciones de explotación laboral, de abuso y explotación sexual.

Niños en la Calle: son niños que han vivido permanentemente situaciones de carencias desde las más básicas: alimentación, educación, salud hasta aquellas asociadas a lo socioafectivo. Son niños que han sufrido situaciones ocasionales y/o permanentes de violencia física, psicológica, incluso sexual, ya sea por parte de las figuras parentales o adultos significativos u otros adultos.

Presentan además hitos comunes de nacimiento (hijos de embarazos no deseados, inexistencia de figuras paternas, historias de alcoholismo y drogadicción en sus hogares, entre otras). La mayoría vive en situaciones de hacinamiento, en espacios reducidos, con adultos con problemas de cesantía, de alcoholismo y/o drogadicción o en otros casos solos durante el día ya que la madre y/o figura parental trabaja durante largos períodos fuera de la casa. Estos niños no ingresan al sistema educacional y/o desertan tempranamente (entre 3º y 4º básico) o van a la escuela y de la escuela a la calle.

Es así como estos niños pasan la mayor parte del tiempo en la calle, pero mantienen ciertos vínculos con algún adulto significativo, al interior de su medio familiar y por tanto, tiene la opción de mantenerse como niño en la calle y no pasar necesariamente a ser un niño de la calle. En general, las edades fluctúan entre los 4 a los 8 años, edad en donde comienza a producirse el tránsito hacia convertirse en niños de la calle. La mayoría de estos niños pasa la mayor parte de sus vidas

en las calles mendigando o dedicados a servicios informales, para complementar los ingresos de sus familias.

Niños de la calle: son niños que en su mayoría han realizado el tránsito definitivo “a la calle”, producto de las condiciones de vida y de las situaciones de vulnerabilidad o daño, sufridas o del abandono por parte de las figuras parentales y/o cuidadoras. La edad promedio del inicio “de la calle” es a los 8 años aproximadamente, siendo los 10 años la edad en que pierden todo vínculo con las familias de origen y no cuentan con personas, instituciones o instancias que regulen, normen o limiten sus conductas.

Se asocian a otros pares de las calles, formando las denominadas “caletas” en las cuales reproducen el sistema familiar tradicional, a través de la asunción de ciertos roles con los pares, ya sea de protección, liderazgo o de ser protegido. Así se van conformando verdaderas familias que suplen, a través de estas figuras reales, a aquellas simbólicas e imaginarias que han abandonado o que, en la mayoría de los casos, los han abandonado.

El consumo de drogas en estos niños se inicia entre los 9 y 14 años, a través de solventes volátiles, la droga más consumida es la llamada “solución”. Estos niños, que van desde los 8 años en adelante, se caracterizan por presentar estilos vinculares evitativos, presentando desconfianza, temor y rechazo a las instituciones formales y están fuera de la ley y las normas, con una clara preferencia hacia la vida en la calle, a través de sus estrategias de sobrevivencia, que optan por un sistema diferente. En algunos casos cuando alguna figura parental o de custodia intenta que vuelvan a sus casas, rápidamente cambian de lugar geográfico antes de que se los pueda volver a ubicar.

#### **1.1.4 Adolescencia**

La necesidad de hacer visible esta etapa del desarrollo, históricamente postergada entre la niñez y la adultez, permitirá reconocer la existencia de sujetos que transitan por ella. La especificidad de esta etapa y, a la vez, las características específicas de los sujetos que la viven exigen plantear una mirada, un abordaje o una intervención diferente, a la acostumbrada perspectiva adultocéntrica (desde el adulto, para los adultos y con los adultos).

El análisis del adolescente y del proceso de adolescencia, desde una perspectiva evolutiva, nos permite viajar hacia el pasado, presente y futuro de un ser en constante movimiento y cambios.

##### **a. Aspectos generales y definiciones**

La adolescencia fue considerada por largo tiempo como etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. A partir del siglo XX, con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa ha ido adquiriendo cada vez más importancia; involucra mayor número de años en la vida del individuo y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo es también importante.

En líneas generales, se puede decir que la adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.

La búsqueda de definiciones de adolescencia y del establecimiento de un modelo comprensivo de este proceso responde a la necesidad de contar con criterios que identifiquen grupos bien delimitados, que faciliten la investigación epidemiológica y que se logre dar una mirada de contexto en torno a esta población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965) consideró a la adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años. Expresó, además, como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos con respecto al tema, ya que difieren en la fisiología y psicología de los niños y adultos.

Sin embargo, una de las definiciones más conocidas y aceptadas por los que se dedican al área de la adolescencia ha sido elaborada por la OMS (1975). Esta define la adolescencia como la etapa en que desde el punto de vista:

**Biológico:** “El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”.

**Psicológico:** “Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto”, y

**Social:** “Se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia”.

De esta definición se desprende que el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias correspondería al inicio de la adolescencia, aunque el término de esta etapa resultaría más bien variable de un individuo a otro, intentando, en la medida de lo posible, no usar un criterio cronológico, sino más bien el logro de los procesos antes mencionados. Horrocks (1984), de acuerdo a criterios evolutivos, establece en la adolescencia tres subperíodos: temprano (entre los 11 y los 13 años), medio (de los 14 a los 16 años) y tardío (entre los 16 y los 19 años). Estos criterios evolutivos serían, entre otros, el desarrollo físico, el movimiento hacia la independencia, los intereses vocacionales, la sexualidad y el autocontrol.

Dina Krauskopf (2000), desde una perspectiva de las tareas evolutivas, nos plantea tres subetapas en el desarrollo adolescente, de acuerdo a tres tipos de preocupaciones:

- Temprana (10-13 años), preocupación por lo físico y emocional.
- Media (14-16 años), preocupación por la afirmación personal-social, y
- Final (17-19 años). preocupación por la relación social.

Carmen Arbex (2002) nos plantea la adolescencia como el período de desarrollo humano que se inicia al finalizar la infancia, con la pubertad y termina en la etapa adulta. El niño ha abandonado la niñez pero aún no se ha desarrollado como persona adulta. Se trata, por tanto, de una etapa de transición, llena de ambigüedades e incertidumbres.

Muchos son los autores que intentan dar una definición de la adolescencia, ya sea por un interés clínico, sociológico, epidemiológico o político.

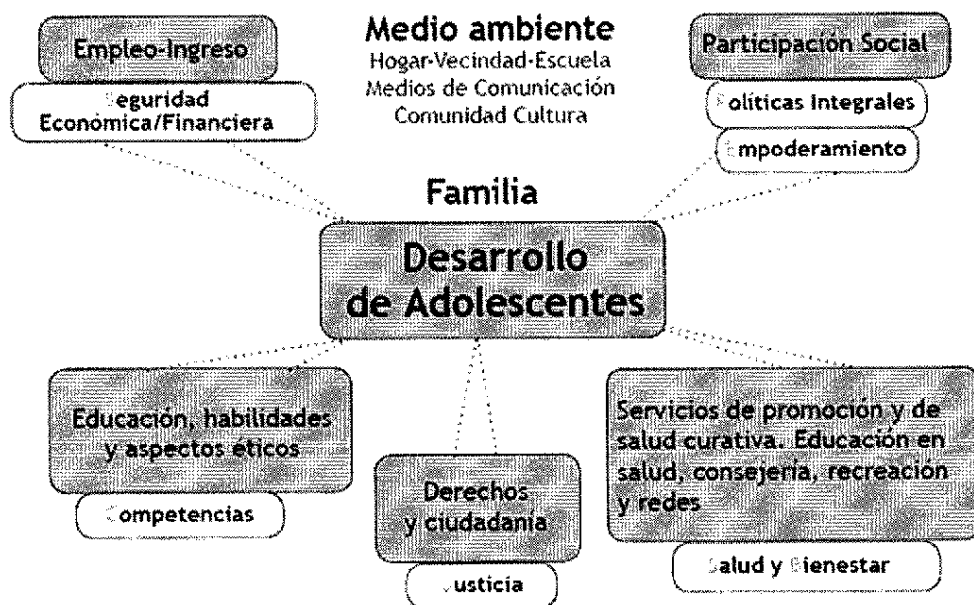
Desde un punto de vista práctico y en coincidencia con el programa del adolescente del Ministerio de Salud de Chile consideraremos la adolescencia como la etapa que toma el rango etario entre los 10 y los 19 años de edad y al adolescente como el individuo hombre o mujer, que se encuentra ubicado en ese rango etario.

Si bien el criterio cronológico que se elige aquí es de orden práctico, este debe ser complementado, en todo momento con los criterios referidos a tareas evolutivas y características particulares del proceso, que serán descritas y analizadas más

adelante.

## b. En busca de un modelo comprensivo

Basados en experiencias previas, el Programa Regional de Adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual de desarrollo humano integral y promoción de salud. Este marco plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural y un cambio de paradigma que apoye el desarrollo de los adolescentes como una estrategia para prevenir los problemas.



(Un modelo basado en el marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. OPS, 2001).

Los adolescentes tienen requerimientos básicos (derechos) (UNICEF, 1997) que necesitan ser satisfechos: nutrición, ejercicio, recreación y acceso a servicios.

Según la OMS, para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan primero, haber tenido una infancia saludable; segundo contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de actividades prácticas, vocacionales y de vida y cuarto, tener acceso con equidad a una amplia gama de servicios: educación, salud, empleo, justicia y bienestar (OMS, 1989). UNICEF agrega la necesidad de un macroambiente que los apoye, creado por las políticas y la legislación, los valores de la sociedad, los modelos de roles positivos, y las normas de conductas con apoyo de los medios de comunicación.

## c. El adolescente: sujeto y objeto de un proceso

En la adolescencia, el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico, que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Desde una perspectiva individual debemos recordar que la pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose pues el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. El cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos, además de mostrar sus formas de relación.

El ámbito neurobiológico fue descrito en el capítulo anterior, en donde se describió la evidencia de los importantes y profundos cambios tanto organizacionales como funcionales, a nivel de distintas estructuras del sistema nervioso central y del sistema endocrinológico y las consecuencias de posibles daños, provocados por distintos estímulos en esta etapa.

A estas modificaciones anatomo-fisiológicas se une un cierto movimiento intrapsíquico, ligado a la experiencia de separación de las personas influyentes en la infancia, a un cambio en las formas de relación y en los proyectos elaborados en común. Este movimiento puede compararse al de un trabajo de duelo, que puede reeditar pérdidas y/o separaciones en períodos previos o de la pequeña infancia.

El adolescente debe crear o recurrir a ciertas defensas o medidas defensivas y procesos adaptativos. La elección de sujetos de relación va mostrando mayor variación individual. Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos.

Aparecen jerarquizaciones en su pensamiento, lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son ensayados experimentalmente y valorados en el fortalecimiento de la autoestima, por la bibliografía.

La cualidad narcisista del adolescente, ampliamente descrita, adquiere una gran importancia con el tiempo. El retiro de la carga afectiva, que en un primer momento se dirigía a la relación de la figura vincularmente significativa, por lo general los padres, lleva a una sobre valoración de sí mismo, a una sensibilidad extraordinaria, a un aumento de la percepción de sí mismo y de la realidad. Este aumento del narcisismo se explica porque en la medida que se aleja de las figuras parentales de la infancia se siente desprotegido y, por lo mismo, frágil; y es de estas vivencias que se defiende con los sentimientos de grandeza y superioridad.

El desarrollo y más tarde el establecimiento del narcisismo adulto es considerado como necesario en la adolescencia. El adolescente debe escoger nuevas relaciones, pero también debe escogerse a sí mismo como sujeto de interés, de respeto y de estima. De allí la importancia que los autores dan a la fallas del narcisismo como elemento central en las distintas dificultades psicológicas de los adolescentes.

La forma en que ciertos jóvenes maltratan su cuerpo es un signo, entre otros, de sus dificultades narcisistas.

Para poder separarse de los padres reales y de sus representaciones en el mundo interno, el adolescente usa predominantemente la desvalorización de los padres, indicándolos como portadores de características negativas (que pueden ser reales o no), características extensibles a figuras sustitutas (profesores, tutores, etc.).

Al retirar la energía mental de los padres, ésta queda libre y puede seguir dos caminos. El más frecuente es depositarla en personas o intereses del mundo externo, lo que explica la gran facilidad para establecer relaciones intensas y transitorias con personas o actividades, generalmente ideológicas, artísticas o deportivas. El otro camino para la energía mental que ha quedado flotando es volverla hacia el mundo interno, lo que se expresa en grandes retracciones del mundo real que los hace ser ensimismados, casi autistas; cuando el individuo logra canalizar esta energía mental lo hace buscando objetos que le hagan sentido, por lo tanto, son sujetos que están la mayor parte de las veces fuera del hogar, en una búsqueda y experimentación constante de nuevas vivencias y contactos afectivos. Esta característica del período de adolescencia es vista desde el mundo adulto, como un aumento en el riesgo, pues, es lo que lo lleva a experimentar en distintas conductas de riesgo, por ejemplo, el uso de drogas.

Otro elemento a considerar en el sujeto adolescente es la gran importancia que adquieren para el individuo los órganos de los sentidos, lo que permite una percepción híper aguda de la realidad, con especiales características. Tal vez esto ayude al yo a aferrarse al mundo de los objetos significativos, que está en constante riesgo de perder. La naturaleza y las manifestaciones artísticas se descubren en toda su belleza y experimentan en relación con ellas estados emocionales exaltados. También se pueden observar sentimientos de omnipotencia en los estados autoprovocados de dolor, esfuerzo y agotamiento físico, que son típicos de los adolescentes. Aquí aparece la importancia del yo corporal, que les permite mantener la identidad, cuando el "yo psicológico" está envuelto en tantas vicisitudes.

Es necesario reiterar las tensiones afectivas durante toda la adolescencia, ya que se sabe que el aumento de tensión en el aparato mental genera angustia. Para evitarla, el adolescente descarga parcialmente estas tensiones al exterior, vía expresión motora, especialmente a través del deporte, el baile, etc. También son parcialmente descargadas hacia el interior del cuerpo y son la causa de las frecuentes dolencias físicas. Las formas en que los procesos racionales y los procesos afectivos llegan a un entendimiento son predominantemente oscilantes. Si predomina el uso de los procesos racionales y aparece la moderación, el idealismo o incluso el repudio a los impulsos recibirá mucho reconocimiento del ambiente; al contrario, si los procesos afectivos no logran ser integrados con la razón y terminan dirigiendo la conducta se producirán conflictos con el entorno social.

#### **d. El proceso adolescente y sus características evolutivas**

Segundo nacimiento, alas de libertad, adiós a la infancia, años salvajes; las metáforas son numerosas para evocar la adolescencia. Este largo período de transformación entre la infancia y la edad adulta revela, en efecto, múltiples aspectos, múltiples rostros.

Rostros que se irán determinando por las distintas transformaciones que se van produciendo gradualmente en fases desorganizativas y en otras de mayor organización.

Como consecuencias de estos importantes cambios y adquisiciones de capacidades, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas o incomprensibles para los adultos.

En este sentido se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica sin embargo, en que estos cambios afectan la vida personal y social del joven depende de las habilidades y experiencias ya adquiridas en la infancia y de las actitudes de quienes lo rodean en ese momento.

Es importante destacar tres aspectos de este proceso evolutivo:

Además de ser transitorio se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante, en un marco social e histórico concreto. "En este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras, y otras problemáticas" (Funes, 1998).

Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva, en un contexto de espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.

Los adolescentes expresan sus conflictos normalmente en términos sociales. Es decir, la vivencia individual de conflicto suele normalmente expresarse de un modo social.

Este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad.

Según Arbex (2002), las más relevantes serían:

**Necesidad de reafirmación.** La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, existiendo, por lo tanto, una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás. Sin duda, muchas de las conductas en las cuales el adolescente se involucra estarán asociadas a esta imagen. Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir ritos específicos. Existirían "ritos" en la actualidad, como los relacionados a los propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas utilizadas como objetos/ sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales (Conde, 1997).

**Necesidad de trasgresión.** A los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la trasgresión. Los padres de los adolescentes actuales, sobre todo en sociedades europeas, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos, quedándose éstos sin muñeco contra el que tirar sus dardos. "Se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta" (Conde, 2001).

Esta trasgresión puede llegar también como respuesta a espacios de sometimiento y de vulneración de derechos que el mundo adulto tiende a hacer de los adolescentes y jóvenes.

De este modo, parece ser que el espacio de trasgresión para los adolescentes se reduce a ciertos temas como, por ejemplo, las relaciones sexuales, o bien, el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus espacios de tiempos libres.

Contravienen el orden social establecido, viviendo cada acto (o paso al acto) como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.

**Necesidad de conformidad intra-grupal.** La necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a necesidades educativas, sociales y psicológicas individuales. En efecto los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que



cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses individuales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares. Además, el grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza esta sociedad.

Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

Por otra parte, en algunos casos, el grupo de iguales puede constituir un factor de riesgo importantísimo en esta etapa, representando una caja de resonancia o un amplificador potentísimo de conductas inadecuadas, siendo muy difícil para el joven resistir la presión. Sin embargo, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo puede ser modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc.

En relación al grupo de pares varones, el riesgo principal está relacionado con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por él. El grupo de pares varones es el lugar donde los chicos "prueban y ensayan los papeles de macho" y es este mismo grupo que hace vida en la calle y juzga que actos y comportamientos pueden considerarse "viriles" (Mosher y Tomkins, 1988). Sin embargo, las versiones de virilidad que a veces fomenta el grupo de pares varones pueden ser homofóbicas, crueles en sus actitudes hacia las mujeres, y apoyar la violencia como forma de demostrar la propia hombría y resolver los conflictos.

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno. Los y las adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas, como, por ejemplo, el alcohol, con una determinada imagen. "Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas ... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias" (Botvin, 1996). También se presenta la sensibilidad a las presiones del propio grupo de pares. En los adolescentes, la presión del entorno los hace utilizar su cuerpo y sus conductas como soporte de una discusión social en la que el objetivo es diferenciarse de otros y, a la vez, buscar un parecido reasegurador con los otros" (Marcelli y Braconnier, 1993).

Para Carmen Arbex (2002), en el logro del entendimiento global de esta etapa es fundamental plantearse la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características socioculturales de nuestra sociedad actual en que se están socializando los adolescentes?

Para dar una respuesta es necesario considerar algunos valores y actitudes vitales que están definiendo, según numerosas investigaciones, a cierta parte de la adolescencia y que podrían ser posibles explicaciones de los comportamientos descontrolados en ciertas ocasiones, sobre todo en ratos de tiempo libre.

Sensación de invulnerabilidad. Existen tres condiciones que se incrementan a esta edad: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivadas de su orientación a la novedad y a la independencia. Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles, que nadie las

ha vivido anteriormente ni sería capaz de entenderlas. Se sienten envueltos en una "coraza" personal que les protege mágicamente de todos los peligros.

Pletóricos de salud y vitalidad, no tienen en consideración las advertencias en torno a conductas de riesgo. Por lo tanto, la conclusión más frecuente que ellos hacen frente a los mensajes atemorizantes y a la vez atemorizados del mundo adulto es: "yo controlo".

El rechazo a la vida del adulto. La creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. En este punto es necesario tener en cuenta la socialización de género, sobre todo en los varones en quienes los comportamientos están poco orientados a acercarse a los adultos y pedir ayuda. En Alemania, los estudios de muchachos de 14 a 16 años pusieron de manifiesto que en épocas de conflicto el 36% prefería estar solo y el 11% decía que no necesitaba consuelo; el 50% de los chicos recurría a su madre y menos del 2% recurría a su padre (Lindau-Bank, 1996).

Tendencia al hedonismo y el bajo nivel de tolerancia a la frustración. Una de las características de la sociedad postmoderna es su temor al aburrimiento. Actualmente, los adolescentes tienden a reproducir un modelo cultural ligado al placer permanente. Esto adquiere sentido en las palabras de J. A. Marina (2000): "La diversión en nuestro mundo se ha convertido no sólo en una necesidad individual, sino también en una necesidad social. El no divertirse implica una carencia personal con la consiguiente pérdida de la autoestima. El hedonismo se hace cada vez más persistente, poniéndose en manos de la pura experiencia de la diversión, un estado de ánimo que les abstrae del mundo real y de sus complicaciones". La facilidad para aburrirse y la incapacidad para soportar el aburrimiento caracterizan a ciertas personalidades de adolescentes que buscan compulsivamente excitación y placer inmediato. Esta característica personal puesta en un contexto facilitador de lo hedónico está a la base de numerosas primeras experiencias, entre ellas, el consumo de drogas.

La recompensa inmediata sin anteponer un esfuerzo proporcional y recíproco se potencia en una sociedad con baja tolerancia a la frustración. De ahí la búsqueda compulsiva, apresurada e inmediata de la satisfacción y la diversión durante los fines de semana.

J. A. Marina (2001) nos plantea que "la susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de soportar la monotonía, junto a la sed de experiencias, unidas a una impulsividad creciente muy extendida en los jóvenes actuales conduce a que muchos de ellos se conviertan en buscadores de emociones, que ansían la estimulación continua y la desinhibición, cobijándose para ello en largos periplos nocturnos "de marcha", unido a unos ritos en los cuales el alcohol y el consumo de todo tipo de drogas recreativas son una manera fácil de conseguir todo esto que se busca.

Perspectiva negativa de futuro. La incertidumbre y la falta de horizontes claros hacen que este proceso, que debe culminar en la construcción de un plan de vida que tenga coherencia y sentido, sea visto amenazante, con altos montos de angustia y un elevado escepticismo. Esto plantea la utilización de recursos alternativos que prometen "felicidad" a corto plazo, seguridad y olvido momentáneo de los problemas.

El presentismo. Una sociedad que plantea vivir aquí y ahora, hace que muchos individuos insertos en ella sean marcados por este modo de funcionamiento. A los jóvenes el futuro se les presenta incierto y no sintiéndose motivados por los

estudios, y ante un panorama laboral poco optimista, optan por vivir el día (Arbex,2002).

La transformación química de los estados del ánimo. Desde el modelo adulto, los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital pueden modularse mediante sustancias de todo tipo. Es importante darse cuenta como en el imaginario colectivo se encuentran presentes a cada momento campañas publicitarias que exhortan... “no puedes perder este buen momento”, refiriéndose a un antijaquecoso, o “tomate un ArmonyI guatón”, como un modo de controlar la irritabilidad que generan ciertas situaciones. Pastillas para dormir, pastillas para no hacerlo, para relajarse, para aumentar apetito, o bien para disminuirlo, son situaciones de la cotidianidad que van formando parte de un hábito individual, familiar y/o social.

En relación a este tópico, Laespada y Pallares (2001) plantean: “Se potencia continuamente el sentir, el placer, el bienestar... y los sujetos se vuelven cada vez más incapaces de soportar el más mínimo malestar, sufrimiento... Los adolescentes socializados en esta cultura (la generación mimada) se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato de la emoción, de aquello que estimule sus sentidos y se encuentran excesivamente sometidos a las incitaciones del medio ambiente”.

Entre los adolescentes de Estados Unidos con pocos ingresos, las adolescentes aprenden más a menudo como abordar el dolor y las emociones – y se les permite hacerlo – producidos por las frustraciones de vivir con escasos recursos y en un entorno violento; no así los muchachos (Nightingale, 1993). De esta manera, los chicos están en desventaja si tienen menos oportunidades y se sienten reprimidos para expresar emociones asociados a circunstancias adversas y acontecimientos estresantes de la vida (Cohler, 1987; Barrer, 1998).

El individualismo y la desintegración social, junto a ciertos problemas de integración social en poblaciones específicas de adolescentes, son puntos a considerar del contexto social. Ellas se encuentran cada vez más presentes en poblaciones en desventaja.

#### **e. Aspectos específicos a considerar en los adolescentes**

##### Edad cronológica vs. tareas evolutivas

El o la adolescente deben cumplir en este proceso previamente caracterizado, que hemos denominado adolescencia, una serie de tareas evolutivas que no necesariamente son sincrónicas con la edad cronológica. De manera general, y agrupándolas en áreas del desarrollo, las tareas evolutivas serían:

La aceptación de su estructura física y de su papel masculino o femenino que le corresponde socialmente.

Una independencia emocional de los adultos (padres u otros) y establecer relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, lo que constituye preparación para una relación de pareja estable.

El desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permitan la selección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desempeñarla, lo que va ligado con la adquisición de mayor seguridad e independencia económica.

La obtención de una conducta cívicamente responsable y la elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y que sea transmisible a su descendencia.

## Género

El género es un concepto que alude a la construcción social que la cultura adscribe a los hombres a ser masculinos y a las mujeres a ser femeninas, a través del proceso de socialización. Así hay marcadas diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamientos para hombres y mujeres, lo cual incide en riesgos de morbilidad específicos para cada uno y/o de la interacción entre los géneros.

En este sentido, es importante analizar la perspectiva de género de acuerdo a dos criterios: igualdad de género, que se refiere a los aspectos relacionales de género y al concepto de género como estructura de poder, que a menudo, permite o limita oportunidades basadas en el propio sexo; y especificidad de género se refiere a los riesgos para la salud específicos para mujeres o varones. Por ejemplo, los problemas de salud que son específicos de cada sexo por razones biológicas y la forma en que normas de género influyen en la salud de hombres y mujeres directamente.

A pesar que no se puede perder de vista que los varones jóvenes y adultos como grupo tienen privilegios y ventajas sobre las mujeres jóvenes y adultas, las nuevas perspectivas dan a entender que el privilegio masculino no es una estructura monolítica que distribuya una porción igual de ventajas a cada varón. Además, en otros casos, puede ser que los "costos" de la masculinidad superen a las ventajas y privilegios. Ser educado para no expresar emociones, para no tener relaciones estrechas con otros niños, para utilizar la violencia con miras a solucionar conflictos y mantener el "honor", y para trabajar a una edad temprana, son algunos de los costos de ser hombres.

Según los datos sanitarios internacionales, la mayor diferencia entre varones y mujeres adolescentes es que los primeros generalmente muestran tasa más altas de mortalidad y morbilidad por la violencia, los accidentes y los suicidios, mientras que las mujeres generalmente presentan tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sistema reproductor y con el embarazo.

La OMS estima que el 70% de las defunciones prematuras entre los adultos se debe a pautas de comportamientos que surgen en la adolescencia, como el tabaquismo, la violencia y el comportamiento sexual. En México, Keijzer (1995) encontró que las tasas de mortalidad para hombres y mujeres son más o menos iguales hasta los 14 años. En ese momento la mortalidad masculina empieza a aumentar y es el doble para los varones jóvenes de 15 a 24 años.

Las últimas investigaciones sobre el desarrollo psicosocial de mujeres y hombres adolescentes, concluyen que los primeros tendrían puntos potenciales de crisis diferentes durante su desarrollo psicosocial y sus propias vulnerabilidades específicas, aunque a veces parecen ser menos vulnerables psicológicamente que las muchachas en la adolescencia.

En la adolescencia, los muchachos a menudo se enfrentan a una presión constante del grupo de compañeros o pares, en que las experiencias sexuales pueden considerarse como un logro o una demostración de la competencia, y no una ocasión de intimidad y creación de vínculos (Marsiglio, 1998). En el final de la adolescencia, a menudo se anima a los muchachos para que se distancien más de sus padres. De hecho, quizá deseen estar más unidos a ellos o a otros adultos, pero son incapaces de expresar su deseo por temor a las sanciones sociales contra la expresión de sus necesidades emocionales y de la vulnerabilidad (Paterson, Field y Prior, 1994; Pollack, 1998).

Estudios de diferentes partes del mundo (Evans, 1997; Bursik y Grasmick, 1995; Emler y Reicher, 1995), concluyeron que desde una edad temprana los adolescentes varones pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las mujeres, y participan en más actividades económicas fuera de su hogar. Estas horas pasadas fuera del hogar conlleva ventajas y, a la vez, riesgos. El riesgo principal está relacionado con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por el grupo de pares varones. Estos compañeros pueden fomentar comportamientos que pongan en peligro la salud, como el consumo de sustancias, o comportamientos masculinos tradicionales y restrictivos, como la represión de las emociones.

Algunos investigadores sugieren que esta socialización diferenciada, mujeres más cercanas al hogar y a los modelos de conducta femenina y varones fuera del hogar, también conduce a diferentes clases de desarrollo cognitivo o inteligencias para muchachos y muchachas. En consecuencia, las mujeres tienen una mayor capacidad para interpretar las emociones y decodificar los mensajes no verbales (Manstead, 1998). También se plantea que las mujeres, desarrollan más empatía emocional (la capacidad de leer y comprender las emociones humanas) mientras que los varones desarrollan "empatía de acción", esto es, la capacidad para leer e interpretar la acción y el movimiento (Pollack, 1998).

Con respecto a problemas de salud mental, muchos investigadores plantean que hay pautas de género claras en la forma como los adolescentes responden a acontecimientos estresantes y traumáticos de la vida. Los varones responden habitualmente peor, se enfrentan a mayores riesgos y es menos probable que soliciten apoyo social. Por el contrario, las mujeres solicitan este apoyo en momentos difíciles de la vida, como la muerte de un familiar o la separación (Manstead, 1998). Lo más probable es que los muchachos respondan con agresividad (ya sea en contra de los demás o contra sí mismos), empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y nieguen o ignoren el estrés y los problemas más que las muchachas. Algunos investigadores sugieren incluso que la mayor negación del estrés y los problemas por los varones jóvenes, y su propensión a no hablar de los problemas, pueden relacionarse con el mayor consumo de sustancias entre los jóvenes (Frydenberg, 1997). Por otro lado, las adolescentes recurren a sus amigos con más frecuencia y prestan atención a las necesidades de salud provocadas por el estrés. Es menos probable que los varones admitan que no pueden resistir los momentos de estrés, mientras que es más probable que las mujeres logren expresar sus dificultades para "arreglárselas", porque no les preocuparía expresar su indefensión y miedo (Frydenberg, 1997). Al sugerir que varones y mujeres presentan diferentes patrones de respuesta al estrés, no se debe inferir de ello que un sexo está más sometido al estrés que el otro.

Estos patrones de género en las formas de soportar el estrés también pueden verse desde la perspectiva de la especificidad de género en el caso de los suicidios.

Según informe del Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS (1998), en todo el mundo, entre 100.000 y 200.000 adolescentes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más intentan suicidarse. Además, las tasas de suicidio entre muchachos y muchachas, hasta los 9 años son idénticas. De los 10 a 14 años, los varones cometen el doble de suicidios que las mujeres y de los 15 a 19 años, cuatro veces más.

Con respecto al consumo de sustancias se puede indicar que aunque las estadísticas a menudo no están separadas por sexos, es probable que los varones fumen, beban y tomen más drogas que las muchachas. En cifras de UNICEF, el

17% de adolescentes varones entre 15 y 19 años fuman de manera regular, el 16% utiliza tranquilizantes de forma ocasional y el 3% ocasionalmente utiliza estimulantes (UNICEF, 1998). En estudio nacional de adolescentes en Estados Unidos (Blum y Rinehart, 1997) se encontró que al alcanzar la edad del "college" varones y mujeres fumaban, bebían y tomaban drogas de forma similar, pero varones más jóvenes (de 11 a 14 años) bebían dos veces más que las mujeres (6% v/s 3%) y con mayor uso de drogas ilegales (9% v/s 6%). Los hombres adolescentes también tienen más probabilidad de decir que toman drogas para estar en "la onda". Los estudios en Estados Unidos descubren que los adolescentes, tanto varones como mujeres de alrededor de 13 años, participan casi por igual en "carretes" de bebidas alcohólicas (definidas en el estudio como cinco o más copas seguidas). A los 18 años, el 40% de los muchachos tiene este comportamiento frente a menos del 25% de muchachas (Kantrowitz y Kalb, 1998).

El consumo de sustancias, sobre todo de alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los varones, incluida la violencia y la actividad sexual sin protección. En todo el mundo el consumo de sustancia se relaciona con una gama de problemas que se asocian a menudo a los adolescentes varones: la violencia, los accidentes y las lesiones (Senderowitz, 1995).

## **2. Definición modalidad de intervención**

El tratamiento será otorgado a través de una modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria, la que considera implementar una intervención para niños, niñas y adolescentes desde moderada a severa complejidad en el consumo de sustancias y, por lo anterior, un abordaje terapéutico de alta intensidad.

La modalidad antes mencionada, está constituida por un conjunto de intervenciones individuales, grupales y familiares en terreno y en el Centro de Tratamiento respectivo, con el usuario y usuaria, su familia y su entorno cercano, dirigido al logro de sus objetivos terapéuticos construidos en conjunto. Esta modalidad por su nivel de complejidad, debe integrarse a la red o redes socio sanitarias correspondientes, de manera de permitir a la persona recibir todas las intervenciones que requiera.

Esta modalidad se debe trabajar principalmente en terreno, donde habitan y se desenvuelven los usuarios y usuarias. Además, mientras mayor sea el compromiso biopsicosocial del niño, niña o adolescente, mayor trabajo en red y coordinación con otras instituciones, que pueden o no estar ya trabajando con ellos (residencias protegidas, equipos especializados o delegados SENAME, entre otros), de manera de contribuir a la solución de aquellos otros problemas que presentan los usuarios y usuarias y de los que un programa de tratamiento por consumo problemático de drogas y alcohol no puede hacerse responsable. Es decir, esta modalidad de tratamiento ambulatoria intensiva comunitaria, proveerá una intervención de tratamiento integral, que será complementaria e integrada necesariamente a la que realiza el equipo o red psicosocial.

## **3. Propósito**

El Programa tiene como propósito facilitar el acceso y permanencia de estas personas en un proceso de tratamiento de calidad, desarrollándose estrategias de trabajo en terreno, es decir, en el lugar donde habitan y se desenvuelven los usuarios y usuarias del Programa y sus familias, junto con ir avanzando progresivamente hacia un tratamiento integral, complementario e integrado al trabajo que realiza la red socio sanitaria o la red psicosocial (es decir,

establecimientos educacionales, residencias protegidas, equipos especializados o delegados de SENAME, equipos de salud, entre otros).

#### **4. Objetivo General**

Ofrecer una cercana, oportuna y adecuada intervención terapéutica, a través de una modalidad ambulatoria intensiva comunitaria, es decir, una intervención que se realice tanto en el centro de tratamiento respectivo, como en el territorio en que viven o se encuentran los usuarios y usuarias, que se asocie a distintos dispositivos psicosociales u otros para cubrir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años, centrándose en su intervención integral.

#### **4.1. Objetivos Específicos.**

El Programa de Tratamiento para Niños, Niñas, y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, modalidad Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria., tiene los siguientes objetivos, a saber:

- o Brindar atención terapéutica a los niños, niñas y adolescentes que presentan problemas de consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias asociadas, tanto para ellos como para sus familias, que estén siendo intervenidos por un equipo psicosocial, socio sanitario u otro o que acceden directamente al programa;
- o Desarrollar, en conjunto con la red, estrategias de problematización del consumo y motivación al cambio para el ingreso y adherencia al tratamiento;
- o Intervenir en forma ambulatoria en los factores que permiten el inicio y mantención de consumo problemático de alcohol y drogas;
- o Apoyar a la red que trabaja con estos niños, niñas y adolescentes, en relación al consumo problemático de alcohol y drogas y la expresión de sus consecuencias en su territorio;
- o Integrarse y formar redes con otros programas de tratamiento y rehabilitación públicos y privados, de mayor y menor complejidad e intensidad y con otros organismos de las redes sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, psicosociales, etc., cuando se requiera;
- o Realizar el proceso de egreso del niño, niña o adolescente del programa de tratamiento.
- o Llevar a cabo el proceso de seguimiento post – egreso del programa de tratamiento.

Todos estos objetivos, concurren complementariamente a los que tienen los equipos de apoyo psicosocial y/o socio sanitarios, que se relacionan con la vinculación de estas personas con la institucionalidad, la reparación y el acceso a los recursos o servicios, cuando esto sea necesario y posible.

Se hace necesario que los niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, puedan acceder a otro tipo de instancias de tratamiento si así lo requieren.

#### **5. Las dimensiones que se abordan**

- o Patrón de consumo
- o Estado de salud mental y física
- o Relaciones con personas significativas/ cercanas

- o Situación legal
- o Compromiso biopsicosocial
- o Integración social (particularmente en conjunto con el equipo psicosocial, cuando haya intervención de éste).

Se debe considerar en la dimensión biopsicosocial, las siguientes áreas:

Individual:

- Características evolutivas generales: edad, etapa evolutiva.
- Salud física: estado físico general, estado nutricional y salud bucal. Antecedentes de accidentes y lesiones, huellas físicas sospechosas de agresión y/o autoagresión.
- Desarrollo emocional y salud mental: características cognitivas y emocionales.
- Habilidades sociales. Presencia de psicopatología, antecedentes de maltrato, antecedentes de psicopatología.
- Salud sexual y reproductiva: edad de inicio de la actividad sexual, antecedentes de abuso sexual, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), promiscuidad.
- Nivel de adaptación: autonomía de acuerdo a etapa evolutiva, capacidad de interiorizar límites y normas. Impulsividad, conductas disociales o delictivas.
- Figura vincular o contenedora: presencia o ausencia, figuras vinculares sustitutas, estilo vincular.

Familia:

- Recursos familiares existentes.
- Familias multiproblemas.
- Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas.
- Alcoholismo y drogadicción intrafamiliar.
- Ausencia figura vincular adulta significativa positiva.
- Alejamiento del grupo familiar (por causa del consumo).
- Violencia intrafamiliar.
- Vinculación al delito (tráfico, por ejemplo).

Grupo de pares:

- Recursos existentes en grupos de referencia.
- Tipo de relación con el grupo (autonomía individuación vs. dependencia).
- Presencia y/o ausencia de grupos alternativos.
- Inclusión a grupos favorables a conductas transgresoras y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas.
- Alejamiento del grupo de pares a causa del consumo.

Escuela: Características de la escolaridad:

- Fracaso escolar, repitencias, deserción parcial o total.
- Adaptación al sistema escolar, significación del estudiar.
- Integración al grupo de compañeros.
- Alfabetización.
- Trastornos de aprendizaje.

Comunidad:

- Recursos existentes en la comunidad.



- Problemas de integración y/o exclusión social (minorías étnicas, conductas delictivas, niños y/o adolescentes de la calle y/o en la calle).
- Marginalidad.
- Ausencia de organizaciones sociales.
- Accesibilidad a sustancias.
- Ocio y tiempo libre:
- Organización del ocio y tiempo libre.
- Supervisión del ocio y tiempo libre.

En esta dimensión, cuando se exploran poblaciones altamente vulnerables, se deben incluir dos categorías fundamentales, especialmente si el sujeto a evaluar es un niño, niña o adolescente en circuito de calle. Estas categorías son:

Vida de calle y conducta transgresora.

En la dimensión ligada al consumo las áreas a evaluar serían:

Tipo de consumo.

Sustancia o droga.

Perfil de consumo.

Consecuencias de la intensidad de consumo.

Criterios de dependencia.

En la evaluación de estas dimensiones se tiende a sugerir ciertos indicadores de riesgos que lograrían establecer perfiles de mayor o menor gravedad, que a juicio tanto de la literatura como del criterio de expertos es necesario considerar.

## **6. Duración del Proceso**

La duración del proceso terapéutico para alcanzar los objetivos y metas propuestos, es variable en esta población. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor de 6 meses, cuando el perfil es de menor complejidad y de hasta 24 meses en casos más complejos. No obstante lo anterior, estos plazos son aproximados y no se establecen tiempos exactos para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Por lo anterior, es muy relevante que los objetivos terapéuticos se evalúen cada tres meses, de manera de corregir la intervención si no se han alcanzado los logros esperados o evaluar la mantención de ellos.

El tiempo que un niño, niña o adolescente demore en establecer un vínculo de confianza con el equipo que pueda llevar a un vínculo terapéutico es variable, por ello el rango de duración de la intervención no puede establecerse a priori.

## **7. Principios orientadores del Programa**

Para responder a las necesidades del contexto de los niños, niñas y adolescentes, y que requieren un abordaje a su problemática de consumo de alcohol y drogas, el tipo de intervención en este programa, requiere de considerar los siguientes principios:

o Enfoque con perspectiva evolutiva: se refiere a que el trabajo no debe centrarse en la sustancia exclusivamente y siempre debe considerar la etapa del desarrollo en que se encuentra el usuario o usuaria, las tareas del desarrollo que pueden estar pendientes y las que le corresponde alcanzar;

- o Trabajo interdisciplinario y biopsicosocial: debido a la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla;
- o Continuidad de los cuidados: las intervenciones deben durar lo necesario para disminuir al máximo los factores y conductas de riesgo y potenciar al máximo los factores, capacidades y habilidades protectoras de la persona;
- o Intervención flexible y dinámica: por las características de la población a atender, la intervención debe planificarse por un lado, con objetivos a corto y/o mediano plazo, de manera de que se puedan visibilizar avances y otros a más largo plazo, posibles de lograr en el periodo del marco del proyecto. Esta planificación debe ir renovándose y actualizándose constantemente, siempre manteniendo un propósito claro;
- o No etiquetamiento: el estigmatizar bajo un etiquetamiento suele generar las conductas que se esperan de esa etiqueta. Para no caer en ello, lo mejor es no juzgar a la persona, sino la conducta.
- o Espera activa: muchas de las conductas a esta edad son provocación o un "poner a prueba", si se ha sabido esperar y no reaccionar inadecuadamente, probablemente la persona termine confiando;
- o Acompañamiento: el profesional tiene un rol de ayudar a ordenar y jerarquizar las prioridades de la persona, pero debe ser de manera sutil, decir su mensaje y mantenerse al margen;
- o Normalización del niño, niña y adolescente: se trata de promover la adecuación de la o el usuario a la etapa evolutiva que le corresponde, es decir, evaluar en su entorno inmediato y en el contexto en el que vive aquellos recursos que le permitirán cumplir con las tareas propias de su edad cronológica y/o mental, y luego propiciar el acceso a éstos..
- o Vinculación del adolescente con el medio: se trata de focalizar evitar activamente la posible desvinculación de la o el usuario a su entorno, y de ser así, facilitar su revinculación lo antes posible, rescatando las posibilidades y recursos que éste le ofrece;
- o Énfasis en la intervención en la comunidad: se trata de intencionar que las acciones y actividades se desarrollen en el entorno de la o el adolescente, propiciando un mayor acceso a tratamiento, una mayor adherencia a éste y una resignificación del contexto que le rodea.
- o Efecto preventivo en red: esta población requiere un abordaje integral, mucha coordinación y ser entendido como un usuario de la red, más que de un programa en particular;
- o Evaluación periódica (se sugiere cada tres meses) de la intervención: por el nivel de presentismo y de fácil desmotivación de esta población, se deben analizar periódicamente los objetivos establecidos en el plan de intervención, en conjunto con los usuarios y usuarias, de manera que vayan notando sus avances y retrocesos.
- o Autocuidado de equipo: el trabajo con esta población puede ser muy desgastante, por la que cada programa debería establecer un plan de autocuidado como equipo.

## 8. Intervenciones

El trabajo del equipo tratante estará orientado a otorgar todas las intervenciones necesarias o requeridas para abordar los objetivos y las necesidades y metas de cada persona, de acuerdo al diagnóstico integral.

a.- Diagnóstico Integral: en esta etapa es relevante definir la pertinencia de participación de la persona en el programa.

o Dimensión ligada al Consumo: Tipo de sustancia (s) consumida(s), frecuencia actual, continuidad del consumo, socialización del consumo, vía de administración, consecuencias, criterios de dependencia y motivación al cambio;

o Dimensión del Compromiso biopsicosocial: tiempo de consumo problemático, nivel autonomía y autoeficacia, salud física y mental, redes de apoyo primarias (familia y significativos), redes de apoyo secundarias de protección y grado de integración social;

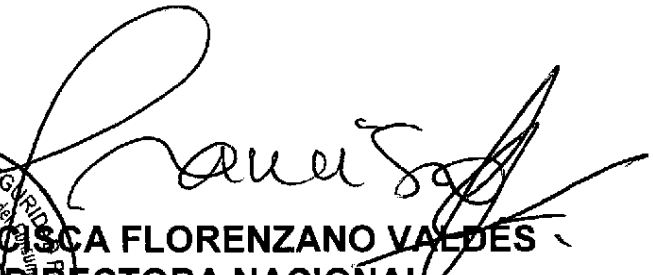
o Dimensión ligada a la integración social en el contexto territorial: confección de un mapeo territorial específico que contemple todos los servicios sanitarios, educacionales, proteccionales, recreativos, etc., que permitan dar un soporte al tratamiento individual y familiar, específico según la evaluación de necesidades.

b.- Plan de tratamiento individual: de acuerdo al diagnóstico anterior y en conjunto con el usuario y usuaria se construyen los objetivos de este plan, el que deberá ser integrado al plan de intervención del equipo de psicosocial, cuando este equipo existe, de manera de ir evaluando en conjunto los avances y dificultades que se presenten en el transcurso de cada proceso de recuperación, contribuyendo a aumentar las probabilidades de éxito y logro terapéutico, y la mantención de los mismos a mediano y largo plazo.

c.- Apoyo a la Integración Social: las intervenciones que realice el equipo de tratamiento, en este ámbito necesariamente deben ser un complemento a lo que el equipo de psicosocial, de existir, realiza como conductor del tema y las necesidades de las personas. Siempre cautelando la superposición de acciones y la sobre intervención con las personas.

d.- Trabajo de complementariedad: complementariedad entre equipo de tratamiento y equipo o red psicosocial u otro que se encuentre interviniendo.

**ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN  
EL PORTAL [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)**

  
**FRANCISCA FLORENZANO VALDES**  
**DIRECTORA NACIONAL**  
**SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y**  
**REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**  
**SENDA**

MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL  
SENDA  
REPUBLICA DE CHILE

**ANEXO N° 1**



**DECLARACIÓN JURADA PERSONA NATURAL**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N° \_\_\_\_\_, declara bajo juramento lo siguiente:

- a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

**ANEXO N° 2**



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña  
\_\_\_\_\_, cédula nacional de  
identidad N° \_\_\_\_\_, representante legal de  
\_\_\_\_\_,  
R.U.T \_\_\_\_\_, viene en declarar bajo juramento que:

- a) La entidad a la que representa, no está afecta a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

### ANEXO N° 3



#### FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

**PROPUESTA PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE MESES PLANES DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ALCOHOL, PARA EL SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, PARA EL AÑO 2014-2015**

Línea/s de Servicio a la que postula: N° \_\_\_\_

**Se debe entregar un Formulario de Presentación por cada línea de servicio a la que se postule.**

**Se recuerda que la ficha de presentación de la propuesta define en cada uno de sus componentes el máximo de extensión a desarrollar. No se leerán textos que excedan los límites establecidos.**

**Así mismo, no se considerarán currículum institucionales o del recurso humano que sean presentados en un formato distinto al de esta ficha.**

**Se debe presentar la propuesta letra Arial Narrow, tamaño de fuente 11, con interlineado sencillo.**

#### ANTECEDENTES DEL OFERENTE

<b>Nombre de la Institución Responsable – Giro comercial</b>			<b>R.U.T.</b>
<b>Dirección (calle, número, depto.)</b>		<b>Comuna</b>	<b>Región</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	<b>N° de Personalidad Jurídica</b>	<b>Correo Electrónico</b>

<b>Nombre del Representante Legal</b>		<b>R.U.T.</b>
<b>Dirección (calle, número, depto.)</b>	<b>Comuna</b>	<b>Región</b>

Teléfono	Fax	Correo Electrónico
----------	-----	--------------------

Nombre del Centro o Programa Ejecutor		Servicio de Salud al que corresponde	
Dirección (calle, número, depto.)		Comuna	Región
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	
Nombre del Director/a del Centro Ejecutor			R.U.T.

### 1. PROGRAMA TERAPEUTICO:

Se deberán presentar las características del plan de tratamiento y rehabilitación que ofrecerá a las personas usuarias. Este programa debe contemplar un marco teórico - conceptual, objetivo general y específicos, actividades a desarrollar para el logro de estos objetivos, indicadores de evaluación del proceso, criterios para el egreso de tratamiento de las personas, entre los principales.

#### 1.1.- HORARIO FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA Especifique horarios.

Horario Diurno	Horario Vespertino (después de las 17:00 hrs.)	Otro (Describir)

#### 1.2.- DESCRIPCION POBLACION DESTINATARIA

**Describa las características de la población a la cual está dirigido el programa (Máx. 1 plana)**

Se debe describir características de rango etáreo, sexo, pertenencia a pueblos indígenas, familiares, entre otras dimensiones, que permita identificar a las personas a atender. Se debe describir claramente las situaciones en que se encuentran las personas a tratar, los recursos y potencialidades presentes en esta población, sus familias y redes, así como las particularidades del perfil, recogiendo variables transversales como género, etnia u otras presentes.

#### 1.3.- MARCO CONCEPTUAL

Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustenta el Programa, indicando los factores identificados como influyentes sobre la problemática. Se debe incluir la bibliografía en la cual está basado el marco teórico utilizado en la propuesta. **Esta sección no debe exceder las dos planas, excluyendo la bibliografía.**

#### 1.4.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### 1.5.- METODOLOGÍA

<p>Describa de qué manera se desarrollará la intervención para lograr los objetivos. Se espera que la metodología sea coherente con todos las dimensiones contenidas en el Programa Terapéutico, y debe contener como elementos mínimos la metodología asociada a: diagnóstico, tipo de intervenciones, frecuencia de éstas, distribución por fases o etapas de intervención y objetivos, características e intervenciones propias de cada una, duración del programa, acciones de rescate y coordinaciones intersectoriales. <b>Se debe adjuntar calendario semanal de intervenciones. Máx. 3 planas, excluyendo calendario semanal de intervenciones.</b></p>

#### 1.6.- EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS TERAPEUTICOS A NIVEL DE PERSONAS USUARIAS

<p>Presentar el diseño de evaluación de procesos y resultados terapéuticos a nivel de personas usuarias, tanto a nivel de compromiso Biopsicosocial, al Patrón de Consumo, así como los indicadores para cada uno de los tipos de egreso. Debe ser presentado en el formato propuesto, no se leerán propuestas en formato distinto.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### Compromiso Biopsicosocial

Eje	Área	Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación

##### Patrón de Consumo

Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación



--	--	--

Señalar los criterios clínicos y los indicadores que se considerarán para definir los distintos tipos de egreso del programa de tratamiento. **Max. 1 plana**

### 1.7.- INSTRUMENTOS DE REGISTRO

La Ficha Clínica o Carpeta Individualizada es el instrumento en el que se realiza un registro completo y exhaustivo de la condición de salud integral de las personas usuarias. Se debe adjuntar Ficha Clínica o Carpeta Individualizada, que debe contemplar en su contenido al menos: Antecedentes individuales, Anamnesis, Diagnóstico, Consentimiento Informado, Contrato terapéutico, Plan de Tratamiento Individualizado, Evolución y Seguimiento, Informe de Egreso y Formulario de Derivación a otro Centro o Programa, los que deben estar acorde a la Norma y Orientaciones Técnicas del Programa, así como las normativas sanitarias vigentes.

### 1.8 PROTOCOLOS O PROCEDIMIENTOS

Los Protocolos corresponden a instrumentos que definen de manera operativa, los procedimientos, reglas y actuar frente a situaciones específicas. Se describen: la definición de la temática a proceder, los criterios de definición de, por ejemplo, inclusión – exclusión, derivación asistida, coordinación con otros servicios, entre otras, así como claramente las secuencias de las acciones, los responsables, etc. Al solicitarse "Otros Protocolos o Procedimientos", se refiere a Protocolos atinentes a la temática que los centros pueden generar para un mejor funcionamiento, por ejemplo, de Manejo de Situaciones de Vulneración de Derechos, de Derivación a Corta Estadía, de Complementariedad u otros necesarios para el Centro y/o equipo.

Adjuntar:

- Protocolo o Procedimientos de Rescate
- Protocolo o Procedimientos de manejo de Crisis y/o descompensaciones
- Protocolo de manejo de VIH-SIDA
- Otros

## 2. RECURSOS HUMANOS

(Recuerde que debe presentar un programa por cada línea de producto a la que postule).

Se espera conocer información relevante sobre el equipo que ejecutará el Programa. Para esto, se deberá completar, por cada integrante del equipo, especificando el nombre, su profesión u oficio (por ejemplo, psicólogo/a, trabajador/a social, profesor/a de educación física, etc.), el cargo que ocupará

(coordinador/a u otro), la jornada de trabajo en horas semanales, distinguiendo aquellas horas que serán destinadas a atención directa de aquellas destinadas a trabajo de equipo y tareas administrativas. Se debe agregar además el número de años de experiencia con la que cuenta cada uno/a en tratamiento en drogas con adolescentes o jóvenes con infracción de Ley. Finalmente, se debe agregar una síntesis de las funciones que desempeñará.  
 Este cuadro contempla tanto el recurso humano profesional, técnico y de apoyo administrativo.

Profesión u oficio	Nombre	Cargo	Horas <u>Semanales</u> destinadas al programa			Años de Experiencia Técnica	Funciones
			Atención Directa (1)	Trabajo Equipo y Administración (2)	Horas (1+2)		

Se debe adjuntar Currículum Vitae de acuerdo al formulario de anexo 3.1. de estas bases (no se revisarán currículum presentados en un formato distinto) del Director, de psicólogo, asistente social, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, técnico en rehabilitación, técnico paramédico, psicoeducador, de monitores, talleristas, psicopedagogo, educador, profesores, técnico social u otros. Se debe adjuntar fotocopia simple de Título profesional o técnico, así como de la especialidad, si corresponde.

**NO ADJUNTAR CERTIFICADOS DE CURSOS, CONGRESOS, SEMINARIOS O SIMILARES.**

**NO ADJUNTAR CURRICULUM VITAE DE APOYO ADMINISTRATIVO.**

**3. INFRAESTRUCTURA**

El Centro donde se ejecuta el programa de tratamiento debe tener un número de oficinas acordes a la cantidad de profesionales y técnicos que trabajen, así como

al número de personas usuarias a atender. Se entiende por uso exclusivo el que el espacio físico incorporado en el listado se destine sólo para lo que en éste se especifica. Por ejemplo, si la sala de atención grupal es también ocupada como sala de atención familiar, ambas deben ser marcadas como uso exclusivo "no". En la columna Número se debe consignar con cuanto de lo solicitado se cuenta. Por ejemplo, si hay dos salas para atención individual, se consigna "2".

**Se debe presentar una Declaración Jurada en formato adjunto que dé cuenta de los espacios físicos.**

**Declaración Jurada de Infraestructura y Equipamiento**

Yo \_\_\_\_\_,  
 run \_\_\_\_\_, en mi calidad de Director del Centro de  
 Tratamiento \_\_\_\_\_. Declaro que la  
 infraestructura señalada en el formato adjunto refleja fielmente los espacios  
 físicos con que cuenta el Centro de  
 Tratamiento \_\_\_\_\_ en la actualidad.

	Presen cia	Uso Exclusivo		Número
	Si	Si	No	
Sala/s de atención individual				
Sala/s de atención grupal				
Sala/s de atención familiar				
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas				
Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios				
Cocina y comedor separados de los espacios comunes				
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo				
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres				
Sala de espera diferenciada del espacio de descanso de los usuarios				
Sala para el equipo, con la implementación necesaria				
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios				
Otros, especificar				

1. Identificación de la Institución.

Nombre	
Dirección	
Teléfono-Fax	
E-mail	
Número de Personalidad Jurídica	
Giro de la Institución	
Nombre del Representante legal	
Rut del Representante Legal	
Teléfono-Fax del Representante legal	
E-mail del Representante legal	

2. Experiencia en proyectos y/o programas de tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol.

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento:

3. Experiencia en proyectos y/o programas con adolescentes o jóvenes

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento

4. Experiencia en proyectos y/o programas con temáticas de infracción de ley.

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento

**ANEXO N° 3.1**



**CURRICULUM VITAE DE LOS RECURSOS HUMANOS**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES.**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>
<b>Nombres</b>	
<b>Cargo en el Programa al que se postula</b>	

**2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS**

**2.1.- ENSEÑANZA MEDIA**

<b>Licencia de Enseñanza Media - AÑO DE EGRESO (día - mes- año)</b>

**2.2.- ENSEÑANZA SUPERIOR**

<b>TITULO Y/O LICENCIA</b>
<b>UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR</b>
<b>FECHA DE TITULACION (día - mes- año)</b>

<b>TITULO Y/O LICENCIA</b>
<b>UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR</b>
<b>FECHA DE TITULACION (día - mes- año)</b>

**3.- OTROS GRADOS ACADEMICOS.**

<b>POSTITULO O POSTGRADO</b>
<b>INSTITUCION</b>
<b>FECHA DE TERMINO (día - mes- año)</b>

<b>POSTITULO O POSTGRADO</b>
<b>INSTITUCION</b>
<b>FECHA DE TERMINO (día - mes- año)</b>

**4.- DIPLOMADOS, CURSOS DE CAPACITACION Y SEMINARIOS.**

(Indicar sólo aquellos con certificados y relacionadas con el área de desempeño del cargo en relación al Programa al que se postula)

<b>NOMBRE DIPLOMADO, CURSO, SEMINARIO Y/O CONGRESO</b>
Favor aquí mencionar si es Diplomado, Curso, Seminarios y/o Congreso y el nombre.
<b>INSTITUCION</b>
<b>TOTAL DE HORAS PEDAGOGICAS</b>
<b>FECHA EJECUCION</b>

<b>NOMBRE DIPLOMADO, CURSO Y/O SEMINARIO</b>
Favor aquí mencionar si es Diplomado, Curso, Seminarios y/o Congreso y el nombre.
<b>INSTITUCION</b>
<b>TOTAL DE HORAS PEDAGOGICAS</b>
<b>FECHA EJECUCION</b>

**5.- EXPERIENCIA LABORAL.**

Sólo considerar antecedentes vinculados a tratamiento de consumo problemático de drogas –alcohol y/o vulnerabilidad / riesgo social y/o temática infanto juvenil

<b>CARGO O FUNCIÓN</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	
<b>UNIDAD DE DESEMPEÑO</b>	
<b>FECHA DE INGRESO (día - mes- año)</b>	<b>FECHA DE TERMINO (día - mes- año)</b>
<b>PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)</b>	

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	
FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	
FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

(\*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario

Declaración de participación en el Programa	
Firma	Fecha

**ANEXO N° 4-A**



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE DEUDAS  
LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N° \_\_\_\_\_, declara bajo juramento lo siguiente:

No registro saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con mis actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, en los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....



**ANEXO N° 4-B**



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE DEUDAS  
LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña  
\_\_\_\_\_, cédula nacional de  
identidad N° \_\_\_\_\_, representante legal de

\_\_\_\_\_,  
R.U.T \_\_\_\_\_, viene en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que  
suscribe como la persona jurídica a la que representa:

No registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social  
con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos  
años, en los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de  
Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

**ANEXO N° 5**



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N° \_\_\_\_\_, declara bajo juramento lo siguiente:

No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

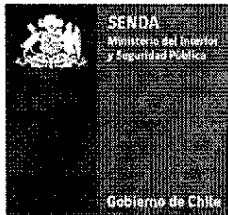
\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

**ANEXO N° 6**



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR**

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña  
\_\_\_\_\_, cédula nacional de  
identidad N° \_\_\_\_\_, representante legal de  
\_\_\_\_\_,  
R.U.T \_\_\_\_\_, viene en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que  
suscribe como la persona jurídica a la que representa:

1. No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
2. La entidad que represento no ha sido condenada a alguna de las penas establecidas en los artículos 8° y 10 de la Ley N° 20.393 que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho, que le impida celebrar actos o contratos con organismos del Estado.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

**Se exceptúan de declarar lo requerido en el número 1 de la declaración jurada, las Universidades, Corporaciones o Fundaciones.**