



Aprueba Bases Administrativas y Técnicas y sus anexos, para llamar a concurso público, para la implementación de un **Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía.**

RESOLUCION EXENTA 274

SANTIAGO, 12 DE ABRIL DE 2022

VISTO: Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece bases de los Procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en la Ley N° 21.395, Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2022; en la Resolución N° 7, de 26 marzo de 2019 y en la Resolución N° 16, de 30 de noviembre de 2020, ambas de la Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; en el Decreto Supremo N° 222, de fecha 30 de agosto de 2021 y en el Decreto Exento N° 1436, de 29 de septiembre de 2020, ambos del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en los **Requerimientos S-1198/22 y S-2268/22**, del Área de Tratamiento e Intervención y las **Solicitudes de Recursos N° 167 y N° 244**, de fecha 15 de febrero y 04 de abril de 2022, respectivamente; y

CONSIDERANDO:

1. Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante SENDA, es el organismo encargado de 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 y, en especial, de la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

NR/DD/PC/AE/RD/PT/CJ

DISTRIBUCIÓN:

División Jurídica
División de Administración y Finanzas
Área de Tratamiento

CONSIDERANDO

2.- Que, para tales efectos y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, SENDA requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto se encuentra facultado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

3.- Que, en tal contexto, SENDA requiere la implementación de un **Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía.**

4.- Que, la ejecución del programa implica la adquisición de equipamiento y la conformación de un equipo técnico-profesional con las condiciones técnicas adecuadas para desarrollar un programa que cuente con atención en modalidad ambulatoria intensiva y residencial, cumpliéndose con los requisitos técnicos establecidos en las presentes bases. Contempla la atención de niños, niñas y adolescentes de población general, priorizando el ingreso a personas que se encuentren en programas de protección de derechos de administración directa o en convenio con el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia – Mejor Niñez.

5.- Que, este programa aumenta la oferta específica y de alta complejidad existente en el país para esta población, caracterizada por su alta vulnerabilidad biopsicosocial, con el fin de modificar su patrón de consumo de alcohol y otras drogas, potenciar factores protectores para el proceso de cambio, fortalecer las relaciones vinculares significativas y contribuir a reestructurar estilos de vida.

6.- Que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración, los contratos administrativos se celebran previa propuesta pública en conformidad a la ley.

7.- Que, la selección de la entidad que deberá ejecutar el **Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía,** debe realizarse a través de una modalidad de postulaciones concursables que garantice la debida imparcialidad y eficacia, razón por la

cual procede dictar el acto administrativo de apruebe las Bases Administrativas y Técnicas.

RESUELVO:

PRIMERO: Apruébense las Bases Administrativas y Técnicas y sus Anexos, para el llamado a concurso público para la implementación de un **Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía.**

SEGUNDO: Las bases que se aprueban por la presente Resolución Exenta son del tenor siguiente:

1. CONCURSO PÚBLICO

1.1 Entidades Convocadas

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", convoca a entidades públicas y privadas, dotadas de personalidad jurídica vigente, que tengan interés en postular para la ejecución de un **Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía.**

1.2 Programas de tratamiento y modalidad requerida

Se requiere la implementación de un Programa de tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a desarrollarse en las regiones de Tarapacá, Ñuble y Araucanía. La finalidad del programa es facilitar el acceso oportuno y efectivo a tratamiento para esta población, a través de la implementación de un centro de tratamiento en modalidad ambulatoria intensiva y residencial.

La implementación del programa implica la adquisición de equipamiento y la conformación de un equipo técnico-profesional con las condiciones técnicas adecuadas para desarrollar un programa que cuente con atención en modalidad ambulatoria intensiva y residencial, cumpliéndose con los requisitos técnicos establecidos en las presentes bases. Contempla la atención de niños, niñas y adolescentes de población general, priorizando el ingreso a personas que se encuentren en programas de protección de derechos de administración directa o en convenio con el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia- Mejor Niñez.

Este programa aumenta la oferta específica y de alta complejidad existente en el país para esta población, caracterizada por su alta vulnerabilidad biopsicosocial, con el fin de modificar su patrón de consumo de alcohol y otras drogas, potenciar factores protectores para el proceso de cambio, fortalecer las relaciones vinculares significativas y contribuir a reestructurar estilos de vida.

- **Modalidad de Tratamiento**

El tratamiento será otorgado en este programa a través de 2 modalidades:

- a) Plan Ambulatorio Intensivo Infantoadolescente (PAI IA)**

Consiste en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de moderada a alta intensidad y complejidad, que se realiza de manera ambulatoria, orientado al logro de objetivos terapéuticos y dirigido a niños, niñas y/o adolescentes, que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que - de existir - está compensada.

Esta alternativa de tratamiento debe ser cercana, oportuna y adecuada a las necesidades de cada persona, por lo que debe trabajar en terreno, donde habitan y se desenvuelven las usuarias.

La duración del proceso terapéutico, para alcanzar los objetivos y metas propuestas, es variable. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor de 8 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 persona 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.

- b) Plan Residencial infantoadolescente (PR IA)**

Este plan consiste en un programa terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se desarrolla de manera residencial, orientado al logro de los objetivos terapéuticos, dirigido a niños, niñas y/o adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que de existir, está compensada, y familia u otros significativos que en la actualidad presentan una capacidad de contención disminuida,.

donde puede existir consumo perjudicial de alcohol y otras drogas, tráfico de sustancias u otras situaciones que imposibiliten temporalmente mantener la abstinencia y los avances terapéuticos en el contexto ambulatorio.

Este plan proporciona cuidados terapéuticos de 24 horas, con una permanencia en el centro variable, según la etapa del tratamiento en el que se encuentre.

Considera una jornada terapéutica de 5~8 horas aproximadas cada día, en las que se debe contemplar los permisos de fin de semana u otros, todo esto de acuerdo a las necesidades de cada usuario/a.

La duración de la modalidad residencial deberá permitir alcanzar los objetivos establecidos en el menor tiempo posible, de manera de continuar trabajando en un plan ambulatorio hasta completar el tratamiento.

1.3 Duración del Programa

La duración del programa será desde la fecha de celebración del respectivo Convenio de Transferencia de Recursos y hasta el **30 de junio del 2023**.

La duración del programa está dividida en dos etapas:

1. Período equipamiento: comprende desde la celebración del Convenio respectivo, **hasta el 31 de julio de 2022**.

En este periodo se espera que se lleve a cabo el equipamiento del centro, arreglos menores en infraestructura, elaboración de programa terapéutico y **otras gestiones requeridas para cumplir con requerimientos de SEREMI de Salud para la obtención de autorización sanitaria**. Además del financiamiento de equipamiento, gastos operacionales y gastos asociados a actividades, en este periodo el ejecutor podrá destinar recursos SENDA para incorporar al coordinador técnico del programa, quien podrá facilitar el desarrollo de las gestiones de implementación del centro, así como a una dupla psicosocial durante el tercer mes de equipamiento.

2. Período de funcionamiento del Centro: comprende desde **el 01 de agosto de 2022, hasta el 30 de junio del 2023**.

En este período se espera la conformación del equipo clínico del programa, la coordinación con redes de Mejor Niñez, psicosociales y de salud y se espera el inicio del funcionamiento normal del centro con la atención de niños, niñas y adolescentes. Conforme a la normativa vigente, **la atención de personas**

usuarias sólo podrá iniciarse a contar de la fecha de obtención de la autorización sanitaria.

1.4 Programa, localización y montos

Para la implementación del programa de tratamiento objeto de las presentes bases, SENDA transferirá como monto total por cada línea de servicio (LS), conforme al detalle siguiente:

L S	Localización	Cobertura total	Presupuesto 2022 (equipamiento)	Presupuesto 2022 (funcionamiento)	Presupuesto 2023 (6 meses)	Presupuesto Total
1	Alto Hospicio, Región de Tarapacá	23 (*)	\$35.000.000	\$78.175.325	\$93.810.390	\$206.985.715
2	Chillán, Región de Ñuble	28 (*)	\$35.000.000	\$93.640.900	112.369.080	\$241.009.980
3	Angol, Región de La Araucanía	23 (*)	\$35.000.000	\$78.175.325	\$93.810.390	\$206.985.715

(*) La cobertura total se desagrega en: 15 cupos para ejecutar en modalidad ambulatoria intensiva y 8 cupos en modalidad residencial para niños, niñas y adolescentes de población general en las líneas de servicio 1 y 3, y en la línea 2 son 20 cupos para ejecutar en modalidad ambulatoria intensiva y 8 cupos en modalidad residencial para niños, niñas y adolescentes de población general.

La entidad, en su respectiva propuesta, podrá solicitar un monto menor al señalado en las presentes bases, siempre que cumpla todas las condiciones técnicas y administrativas para la implementación del programa.

La entidad también podrá aportar recursos propios para la ejecución del programa, debiendo dejar constancia de ello en su propuesta. Será responsabilidad de la entidad postulante cumplir con el porcentaje de financiamiento estipulado en su propuesta, debiendo acreditar a este Servicio el efectivo cumplimiento del aporte comprometido, en los términos y condiciones que se establezcan en el respectivo convenio.

1.5 Modalidad del concurso y forma de postular

El presente concurso se realizará en la **modalidad de Línea de Servicio**, es decir, se adjudicará cada línea de servicio por separado.

Las presentes bases del concurso serán publicadas en el sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl a más tardar, el quinto día hábil siguiente a la fecha de total tramitación de la presente Resolución.

La entrega de las postulaciones para esta convocatoria deberá realizarse dentro de los **15 (quince)** días corridos siguientes a la fecha de publicación de las presentes Bases.

Las entidades deberán presentar sus antecedentes en la Oficina de Partes de la Dirección Nacional de SENDA, ubicada en Agustinas N° 1235 piso 2, Santiago, de lunes a viernes entre las 09.00 y las 16.00 hrs., o en la Oficina de Partes correspondiente a la Línea de Servicio que se postula.

Oficina SENDA Región de Tarapacá: Orella 201. Iquique.

Oficina SENDA Región de Ñuble: Carrera 409. Chillán.

Oficina SENDA Región de la Araucanía: Prat 620. Temuco.

No obstante lo anterior, los ejecutores también podrán presentar su propuesta vía correo electrónico, dirigida a gestiondocumental@senda.gob.cl, con el asunto Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes Región Tarapacá, Ñuble y Araucanía”, según corresponda.

1.6 Contenido de las postulaciones

Las propuestas deberán contener lo siguiente:

- a) 2 ejemplares del “**Formulario de Presentación de la Propuesta 2022 - 2023**”. En caso de envío por correo electrónico se deberá adjuntar en formato PDF.
- b) 2 ejemplares firmados por el representante legal del **Formulario de presupuesto** (disponible en formato Excel en el sitio electrónico www.senda.gob.cl). En caso de envío por correo electrónico, se deberá adjuntar documento firmado y escaneado.
- c) 1 ejemplar de cada uno de los antecedentes administrativos establecidos en las presentes bases.

- **Formulario de postulación**

El “**Formulario de Presentación de la Propuesta 2022-2023**”, será el formato oficial de postulación para esta convocatoria y, en tal calidad, es un Anexo que forma parte de las presentes bases.

El Formulario estará disponible para ser descargado en el sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl. **No se aceptarán postulaciones en otro formato.**

El referido formulario deberá ser completado de acuerdo con lo dispuesto en las presentes bases, conteniendo toda la información que en él se requiere. El formulario, debidamente completado por la entidad, constituye la propuesta que será evaluada.

- **Consultas, aclaraciones y respuestas durante el período de postulación**

El período de formulación de consultas será dentro de los primeros **5 días corridos** desde la publicación de las presentes Bases en el sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl.

Los convocados podrán formular las consultas que estimen necesarias, tanto de carácter técnico como de índole administrativo, sólo a través del sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl.

El plazo para responder las preguntas formuladas será de **4 días hábiles**, contados desde la fecha de finalización del período para presentar consultas. Las respuestas serán publicadas también en el sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl.

En este proceso se citará cada consulta, sin hacer mención de quien la haya formulado, y luego se dará la respuesta correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, SENDA podrá consolidar las consultas relacionadas al mismo tema publicando una sola respuesta general.

SENDA se reserva el derecho de no contestar aquellas consultas que, a su juicio, sean inconducentes, no correspondan directamente al proceso en curso o que se hayan efectuado fuera del plazo dispuesto para ello o a través de una vía distinta al sitio electrónico institucional www.senda.gob.cl

Las respuestas entregadas contribuirán a determinar el sentido y alcance de las presentes Bases, debiendo considerarse obligatorias para los interesados en la preparación de sus postulaciones.

SENDA podrá en cualquier momento efectuar aclaraciones a las Bases para precisar su alcance que no haya quedado suficientemente claro y dificulte la obtención de buenas propuestas. Estas aclaraciones se entregarán en la misma forma que las respuestas a las consultas de los postulantes y deberán ser consideradas por éstos en la preparación de sus postulaciones.

- **Admisibilidad administrativa, precalificación técnica y financiera y evaluación técnica**

El proceso de revisión de admisibilidad de las propuestas, de evaluación técnica y financiera de las propuestas que hayan pasado el examen de admisibilidad, será realizado en la Dirección Nacional de SENDA.

1.7 Presupuesto y categoría de los gastos.

El presupuesto de un programa es la previsión del costo de la implementación del mismo. El presupuesto total se calcula mediante la suma de las categorías de gastos que componen al programa.

El presupuesto total del programa debe presentar todos sus gastos debidamente justificados y detallados.

Para efectos del presente programa, se deja expresa constancia que se podrá solicitar financiamiento en las siguientes categorías de gastos:

a) Gastos en Personal

El gasto en personal de profesionales y técnicos es el pago que se realiza a una persona por concepto de prestación de sus servicios, en el cual está especificado el monto a pagar, naturaleza de la prestación, plazo de ejecución, etc.

En el “**Formulario de Presentación de la Propuesta 2022 - 2023**” se deberá indicar el nombre del profesional que desarrollará las funciones de coordinación del programa, incluyendo el Currículum Vitae firmado y el detalle de las horas destinadas exclusivamente a la coordinación del programa. En la función de coordinador sólo se aceptarán personas que posean título profesional.

Respecto a los demás integrantes del equipo, considerando que el programa está destinado en una primera instancia al equipamiento y obtención de autorización sanitaria, no se exige la definición de nombres de los profesionales, técnicos y no profesionales que integrarán el equipo. No obstante, en el formulario **Anexo N°1**, el oferente deberá comprometer la cantidad de horas cronológicas semanales destinadas al programa y en virtud de eso, deberá incorporar en el formato Excel **Anexo N°2**, los montos asociados a dichas horas de RR.HH., indicando aquellas financiadas por SENDA y las que serán de aporte propio de la Institución.

Se deja constancia que SENDA no contrae obligación alguna de carácter laboral, previsional, de salud, tributaria, ni de ninguna otra naturaleza en relación con las personas que por cuenta del adjudicado ejecutarán las funciones convenidas por el presente Convenio.

b) Gastos Operacionales

Son gastos de carácter permanente que apoyan el desarrollo del Programa y permiten su ejecución. Son los gastos que apoyan a la consecución global del Programa y que pueden ser documentados en forma independiente de los gastos realizados por el ejecutor, y que corresponden a:

- Arriendos
- Consumos Básicos: Gastos por concepto de agua, energía eléctrica, gas, telefonía fija, internet, alimentación de los usuarios y gastos de movilización debidamente documentados.
- Materiales de Oficina: Estos comprenden diversos útiles de oficina y gastos de similar naturaleza, como fotocopias, etc.
- Mantenimiento y Reparaciones

No pueden efectuarse con recursos aportados por SENDA gastos de: intereses, reajustes o multas por infracciones a las leyes tributarias, laborales o de seguridad social; pagos de administración de proyectos; pagos de propinas; intereses y otros gastos derivados de créditos bancarios; intereses en gastos corrientes, como por ejemplo consumos básicos; gastos derivados de las garantías multas; donaciones; compra de combustible; pago de estacionamientos, compra de obsequios, premios u otro similar, y en general gastos que no están consignados en el programa.

c) Gastos en Inversión / Gastos de Equipamiento

Se entenderán como gastos de equipamiento e implementación del programa todos aquellos desembolsos que se realicen por la compra o adquisición de activos fijos (bienes muebles) necesarios para la realización de las actividades del programa tales como: escritorios, sillones, comedor, refrigerador, cocina, entre otros.

Se deja expresa constancia que, al término de la ejecución del programa los bienes que se hayan adquirido para la ejecución del mismo, y que hayan sido financiados por SENDA, ingresarán al patrimonio de la entidad ejecutora y deberán ser destinados al cumplimiento de fines equivalentes a los contemplados en el programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, no pudiendo ser enajenados, sino hasta transcurridos cinco años del término del programa.

d) Gastos asociados a actividades:

Corresponden a gastos que apoyan el desarrollo de actividades específicas, previamente definidas en el proyecto. Dichas actividades corresponderán a gastos de capacitación u otras actividades esporádicas, seminarios y/o eventos que se relacionen con los objetivos del proyecto presentado. Se podrán incluir contrataciones de servicios, tales como servicios de profesionales de terceros, arriendo de inmuebles para capacitación, servicios de transporte, impresión, fotocopiado, alimentación (siempre y cuando se enmarque en una actividad específica), arriendo de equipamiento, además de considerar la compra de insumos para dichas actividades, tales como artículos de escritorio, materiales de trabajo, entre otros.

Los gastos de alimentación, cuando se enmarcan en una actividad particular (por ejemplo, capacitación), deberán incluir un detalle de la actividad (café, colación, almuerzo, etc.) y cantidad de personas para poder realizar una estimación de los costos unitarios.

Porcentaje de gastos por ítem

En relación con la distribución de los gastos solicitados a SENDA, y específicamente respecto del presupuesto 2022 y 2023, se deja constancia que los **Gastos en personal, no deben ser menores al 70% del presupuesto solicitado a este Servicio cada año. Cabe señalar que el límite del 70% para el año 2022, está considerado solamente respecto del presupuesto indicado en el numeral 1.4 bajo la columna de “Presupuesto 2022 (funcionamiento)”**.

Asimismo, la suma de lo solicitado a SENDA por concepto de Gastos en Personal, Gastos operacionales, Gastos asociados a actividades y Gastos en equipamiento e implementación del Programa, no debe exceder el monto total establecido en la presente resolución exenta.

No será adjudicada aquella propuesta que no se ajuste al monto y distribución de gastos precedentemente señalados.

2. EVALUACIÓN

2.1 Apertura de las propuestas

Sólo luego de la fecha de cierre de la presente convocatoria se abrirán los sobres cerrados que contienen las propuestas presentadas.

Una vez abiertos los sobres, se procederá primero a realizar la admisibilidad administrativa, luego la precalificación financiera y técnica y, posterior ello, se realizará la evaluación técnica de las propuestas.

2.2 Admisibilidad Administrativa

SENDA antes de evaluar las ofertas técnicas, realizará una revisión de los antecedentes administrativos presentados por los oferentes, oportunidad en la que verificará que se presenten los antecedentes mínimos exigidos en las presentes bases.

En esta etapa se revisará:

1. Presentación "**Formulario de presentación de la propuesta 2022 - 2023**" (**ANEXO N°1**) y **Formato A Excel Presupuesto 2022 y 2023 (Equipamiento y Funcionamiento)** (**ANEXO N°2**).
2. Presentación y pertinencia de las declaraciones juradas (**Anexo N°3**, A o B, según corresponda, y **Anexo N°4**)

Esta evaluación de admisibilidad administrativa será realizada durante los primeros **tres días hábiles** siguientes a la fecha de cierre de las postulaciones.

2.3 Precalificación técnica y financiera

Luego de la admisibilidad administrativa y antes de proceder a evaluar las ofertas, la comisión evaluadora realizará, en un plazo de **tres días hábiles**, una precalificación financiera y técnica de los siguientes elementos:

- a) Presencia de equipo multidisciplinario solicitado en estas bases (tipo de profesionales y técnicos, y número de horas semanales contratadas). En ningún caso, las horas profesionales y técnicas comprometidas por el oferente para el funcionamiento del programa podrán ser inferiores a lo exigido, de acuerdo con lo señalado a continuación:

RRHH	Horas semanales
Coordinador (horas semanales destinadas exclusivamente a la coordinación del programa)	16
Psicólogo	66
Trabajador Social	66

Médico y/o Psiquiatra	11
Terapeuta ocupacional/Psicopedagogo	22
Técnico ¹	77
Personal de turno ²	216
Tallerista	22

b) Respecto a la propuesta financiera, se evaluarán en esta fase:

b.1) Los montos presentados en las distintas categorías de gasto del presupuesto 2022 y 2023 se ajustan a lo establecido, incluyendo el porcentaje mínimo a destinar al ítem de recurso humano para el año 2022.

b.2) Los gastos se detallan en los distintos ítems de los presupuestos según lo establecido en las presentes bases.

b.3) Respecto a la pertinencia del monto de gastos presentados en el presupuesto 2022 y 2023, se revisará si estos se ajustan a valores referenciales de mercado.

SENDA se reserva el derecho de consultar fuentes públicas que permitan fundamentar la adecuación o no de los diversos gastos a los valores referenciales de mercado, tales como página web, catálogos electrónicos, etc. Lo anterior sin perjuicio que la entidad, al momento de postular, podrá presentar las respectivas cotizaciones.

No serán evaluadas técnicamente aquellas propuestas que no cumplan con los requisitos establecidos precedentemente (letras a y b), declarándose en consecuencia su inadmisibilidad.

2.4 Evaluación Técnica de las propuestas

Las propuestas que hayan aprobado la admisibilidad y precalificación pasarán a la etapa de evaluación técnica.

Se evaluarán las propuestas en un plazo máximo de **15 días hábiles**, contados desde la fecha de apertura de las propuestas.

2.5 Criterios de Evaluación

Se evaluarán las propuestas de acuerdo criterios y factores establecidos en las presentes Bases, de acuerdo con la información que las entidades consignen en el **Anexo N°1** denominado "**Formulario de Presentación de la Propuesta 2022 – 2023**", el que forma parte integrante de las mismas para todos los efectos legales.

¹ Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o Técnico Paramédico y/o carrera técnica afín a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud.

² El personal de turno considera 216 horas semanales, debiendo estar resguardada la permanencia simultánea de por lo menos 2 personas en cada turno, incluyendo al menos a un técnico de nivel superior (Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico Psicoeducador y/o carrera técnica de nivel superior a fin a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud).

Los ítems y subítems a evaluar, son los siguientes:

ITEM		SUBITEM	Porcentaje Subítem %	Porcentaje ítem%
I	Experiencia del coordinador	a) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del Programa, en intervención directa con niños, niñas y/o adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	50%	30%
		b) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del programa en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	50%	
II	Gestión de programas	a) Programa de Cuidado de equipo	50%	20%
		b) Programa de Formación de equipo	50%	
III	Propuesta técnica	a) Coherencia de la propuesta técnica	60%	20%
		b) Propuesta de Evaluación del programa	40%	
IV	Antecedentes del Oferente	a) Experiencia en ejecución de programas de tratamiento de alcohol y otras drogas	30%	30%
		b) Experiencia en temáticas específicas	30%	
		c) Antecedentes contractuales previos con SENDA	40%	

ÍTEM I. Experiencia del coordinador

Para la evaluación de este ítem, el recurso humano considerado será el que se presenta en el cuadro de RRHH y que se valida con sus antecedentes en el currículum vitae y certificado de título.

a) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del Programa, en intervención directa en programas de tratamiento con niños, niñas y/o adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.

Criterios	Puntaje
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia igual o superior a 3 años en intervención directa en programas de tratamiento de consumo problemático dirigidos a niños/as y adolescentes.	100
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia menor a 3 años y mayor o igual a 2 años.	70
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia inferior a 2 años y mayor o igual a 1 año.	50
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia inferior a 1	30

año.	
El Coordinador o Director Técnico del Centro, no tiene experiencia en este ámbito.	0

b) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del programa en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.

Criterios	Puntaje
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia igual o superior a 3 años en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	100
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia menor a 3 años y mayor o igual a 2 años en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	70
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia inferior a 2 años y mayor o igual a 1 año en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	50
El Coordinador o Director Técnico del Centro, tiene experiencia inferior a 1 año en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	30
El Coordinador o Director Técnico del Centro, no tiene experiencia en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas y/o equipos psicosociales.	0

ITEM II. Gestión de Programas

a) Programa de Cuidado de equipo

Criterios	Puntaje
El oferente cuenta con programa de cuidado de equipo que incluye el 100% de los siguientes ámbitos: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos. - Sesiones estructuradas en el período de 1 año, distintas a actividades recreativas. - Desarrollo de estrategias para favorecer el cuidado de equipo que considere los ámbitos: persona del terapeuta, equipo y organización. - Que contenga alguna/s actividad/es recreativa/s. 	100
El oferente cuenta con un programa de cuidado de equipo estructurado que no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	50
El oferente no presenta programa de cuidado de equipo.	0

b) Programa de Formación de equipo

Criterios	Puntaje
El oferente presenta un programa de formación de equipo que contempla la	

<p>totalidad de los siguientes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos definidos para el proceso de inducción al cargo y formación de nuevos profesionales y técnicos que se integran al equipo. Debe contener metodología, plazos y responsables. - Procedimiento definido para la detección de necesidades de formación del equipo. Debe contener metodología, responsables y periodicidad definida. - Descripción de al menos dos actividades de formación que la institución realizará en el período de duración del contrato. Debe contener, para cada actividad, una breve descripción y fechas estimadas de realización. 	100
El oferente presenta un programa de formación que no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	50
El oferente no presenta programa de formación.	0

ÍTEM III. Propuesta técnica

a) Coherencia de la propuesta

Criterios	Puntaje
<p>El programa presentado es totalmente coherente si el 100% de los siguientes elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa al que postula.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Actividades 	100
<p>El programa terapéutico es parcialmente coherente si al menos 3 de los siguientes elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa al que postula.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Actividades 	50
<p>El programa terapéutico no es coherente si menos de 3 de los siguientes elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa al que postula.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Actividades 	0

b) Propuesta de evaluación del programa

Criterios	Puntaje
<p>La propuesta presenta una evaluación del programa que contempla todos y cada uno de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura. 	100

<ul style="list-style-type: none"> - Retención - Efectividad - Coordinación y trabajo en red - Equipamiento y gestión de autorización sanitaria 	
<p>Cumple parcialmente si la propuesta técnica presenta al menos 4 de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura - Retención - Efectividad - Coordinación y trabajo en red - Equipamiento y gestión de autorización sanitaria 	50
<p>No se cumple, si la propuesta técnica de evaluación del programa presenta 3 menos de los ítems señalados anteriormente.</p>	0

ÍTEM IV. Antecedentes del oferente

a) Experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de alcohol y otras drogas

Criterios	Puntaje
Experiencia igual o superior a 4 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	100
Experiencia inferior a 4 años e igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	70
Experiencia inferior a 3 años e igual o superior a 2 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	50
El oferente presenta experiencia inferior a 2 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	30
El oferente no cuenta con experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento por consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.	0

b) Experiencia institucional en Temáticas Específicas

Criterios	Puntaje
	e

Experiencia de trabajo en: - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas - Niños, niñas y/o adolescentes - Tratamiento de alcohol y/u otras drogas en modalidad residencial - Población de la red de protección de Mejor Niñez	100
Experiencia de trabajo con: - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas - Niños, niñas y/o adolescentes - Tratamiento de alcohol y/u otras drogas en modalidad residencial	80
Experiencia de trabajo con: - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas - Niños, niñas y/o adolescentes	50
Experiencia de trabajo con: - Tratamiento en personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas	30
La entidad no cuenta con experiencia en tratamiento en alcohol y/u otras drogas.	0

c) **Antecedentes Contractuales previos con SENDA**

Criterios	Puntaje
En los últimos 4 años, el oferente ha suscrito convenio(s) con SENDA y no se ha debido dar término anticipado parcial o total a ninguno de ellos por incumplimiento contractual del oferente, ni se ha aplicado multas; o el prestador no ha suscrito convenios con SENDA en ese período.	100
En los últimos 4 años, el oferente ha suscrito convenio(s) con SENDA y no se ha debido dar término anticipado parcial o total a ninguno de ellos, pero se le ha cobrado al menos una multa por incumplimiento contractual por parte del oferente.	50
En los últimos tres años, el oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA y al menos a uno se le ha debido dar término anticipado parcial o total por incumplimiento contractual del oferente.	10

2.6 Comisión Evaluadora

La evaluación técnica de las ofertas, será realizada por una Comisión Evaluadora integrada por los siguientes funcionarios(as):

- a) Jefa/e del Área de Tratamiento e Intervención o quien se encuentre subrogando o el (la) funcionario (a) que ésta designe;
- b) Profesional del Área de Tratamiento e Intervención;
- c) Un funcionario(a) de la División de Administración y Finanzas de SENDA, designado por medio de memorándum por el jefe/a de la División de Administración y Finanzas de SENDA o por quien se encuentre subrogando.

Estos funcionarios podrán asesorarse por otros profesionales que cumplan funciones en SENDA.

Serán funciones de la Comisión Evaluadora, las siguientes:

- a) Resolver si las ofertas técnicas presentadas por cada proponente se ajustan a las especificaciones que forman parte de las Bases Técnicas. En caso de que ello no ocurra, deberá rechazar la propuesta sin evaluarla y dejar constancia en el acta respectiva.
- b) Evaluar las ofertas presentadas.
- c) Elaborar un Acta Final de Evaluación.

2.7 Calificación Final

La calificación final que los oferentes obtengan será la suma de las ponderaciones obtenidas conforme a la evaluación señalada en estas de estas bases.

El puntaje final será con aproximación y se expresará con dos decimales.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, adjudicará cada línea de servicio del presente concurso a la entidad cuya propuesta haya obtenido la mayor calificación final, **con un puntaje que no podrá ser inferior a 60 puntos.**

El plazo de adjudicación será de **10 días corridos** contados desde el término del período de evaluación.

2.8 Mecanismo para dirimir empates

En caso de que dos o más propuestas tengan igual puntaje final, la Comisión dirimirá el empate de acuerdo con los siguientes criterios, en estricto orden de aplicación:

1. Se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación el ítem "Experiencia del Coordinador".
2. Si persistiere la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem "Antecedentes del oferente".
3. Si persiste la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem "Propuesta técnica".
4. Si persiste la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem "Gestión de Programas".
5. En caso de persistir la igualdad, el empate será dirimido fundamentalmente por el Director Nacional de SENDA.

2.9 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 desierto el concurso, íntegramente o respecto a alguna línea de servicio determinada, 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.

2.10 Aprobación de la propuesta

Será seleccionada en cada línea de servicio la propuesta que obtenga la mejor calificación una vez finalizado el proceso de evaluación técnica, debiendo dictarse la respectiva resolución en el plazo máximo de **diez días corridos** siguientes a la fecha de notificación del Acta de Evaluación.

3.TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO

3.1 Inhabilidades para contratar

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

- a. Las personas naturales que sean funcionarios directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol 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 Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol 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 en relación al artículo 11 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.

En el respectivo Convenio, se insertará una cláusula en la que la entidad respectiva declarará, bajo juramento, no encontrarse afecta a estas inhabilidades.

3.2 Documentos para contratar

El oferente seleccionado deberá presentar, en el **plazo de 10 días corridos** contados desde la notificación de la resolución que selecciona la presente propuesta pública. Si el último día del plazo recayese día sábado, domingo o festivo, la entrega de los documentos podrá realizarse el día hábil siguiente. A continuación, se indica la documentación para suscribir el Convenio respectivo:

(1) Todos los oferentes:

- a. Certificado de inscripción en el Registro Único de Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Público (www.registros19862.cl).
- b. Documento bancario que acredite vigencia de la Cuenta Corriente, Cuenta de Ahorro o Cuenta Vista a nombre de la Entidad Ejecutora.
- c. Certificado de antecedentes laborales y previsionales, vigente a la fecha de su presentación.

(2) Documentos para persona natural:

- a. Fotocopia simple de su cédula nacional de identidad.

(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 que corresponda, y en los casos de Sociedades constituidas o que se acojan a la ley N° 20.659 deberán acompañar certificado de estatuto actualizado y de anotaciones, emitido por la entidad competente.

a.2. Copia de Inscripción con vigencia de la Sociedad, emitida por el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces que corresponda, y en los casos de Sociedades constituidas o que se acojan a la ley N° 20.659 deberán acompañar certificado vigencia, emitido por la entidad competente.

a.3. Certificado de vigencia de poder, del representante legal de la Sociedad, emitida por el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces que corresponda, o por la autoridad facultada para ello.

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.

b. En caso de las Fundaciones y las Corporaciones:

b.1. Entidades constituidas conforme al Decreto 110, de 1979 del Ministerio de Justicia: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública.

b.2. En entidades constituidas conforme a la ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública o documento privado suscrito ante ministro de fe, y debidamente autorizados por el Secretario Municipal respectivo, en los términos establecidos por el artículo 548 del Código Civil.

b.3. Según corresponda, Decreto de Concesión que otorga la personalidad jurídica, o certificado de vigencia en donde conste Número de Inscripción en el Registro Nacional de Personas Jurídicas sin Fines de Lucro a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación.

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.

(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. Además, SENDA se reserva el derecho de revisar la pertinencia y legalidad de todos los antecedentes recabados durante este proceso concursal, tanto los presentados al momento de postular, como aquellos que se presenten para la suscripción del respectivo Convenio.

3.3 Celebración del Convenio

Una vez que la Resolución que adjudica se encuentre totalmente tramitada, SENDA suscribirá un convenio con la entidad seleccionada en cada línea de servicio para la ejecución del respectivo Programa adjudicado, el cual deberá ser aprobado por el acto administrativo correspondiente.

En el convenio se especificarán las condiciones en que se ejecutará el Programa, la forma en la que se entregarán los recursos, las obligaciones de las partes contratantes y demás estipulaciones que sean necesarias.

El convenio deberá ser suscrito dentro de los **quince días hábiles siguientes a la fecha de total tramitación de la resolución que adjudica**, siempre que la entidad haya

entregado los documentos requeridos en el número anterior y dentro del plazo de 10 días corridos.

Vencido el plazo, sin que la entidad seleccionada haya suscrito y devuelto el convenio a SENDA, este Servicio podrá dejar sin efecto la adjudicación y procederá a adjudicar al postulante que haya obtenido la segunda mejor evaluación en la línea de servicio correspondiente, si fuere el caso.

Vigencia del convenio

La entidad adjudicada, por razones de buen servicio, deberá dar inicio a la ejecución del Programa en la fecha que se indique en el respectivo convenio, sin perjuicio que la transferencia de recursos no podrá hacerse sino hasta la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo convenio.

En caso de que la entidad responsable no inicie la ejecución del Programa dentro del plazo indicado en el convenio incurrirá en incumplimiento grave, lo que será causal de término anticipado del convenio por parte de SENDA.

El Convenio tendrá vigencia hasta la aprobación por parte del SENDA del Informe Final de Ejecución y la aprobación de la rendición documentada de los recursos transferidos a la entidad seleccionada.

3.4 Garantía

La entidad seleccionada deberá presentar una garantía 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 o superior a la remesa de mayor valor a transferir por SENDA**, y con una **vigencia mínima hasta el 30 de septiembre de 2023**.

La entidad seleccionada podrá hacer entrega de la garantía, desde el momento de la notificación del acto administrativo que la selecciona, **hasta el vigésimo (20) día hábil siguiente a la fecha en que se celebre el respectivo convenio**.

El instrumento a presentar deberá tratarse de una caución o garantía **pagadera a la vista**, que asegure el cobro de la misma de manera rápida y efectiva, tomada por la entidad seleccionada o por un tercero, con el carácter de **irrevocable**, con una vigencia mínima hasta el **30 de septiembre de 2023**.

En el caso en que la garantía sea una póliza de seguro y esté expresada en **Unidades de Fomento**, se calculará su valor **en pesos chilenos** al día de su emisión.

La garantía será pagadera a la vista, con carácter de irrevocable. La garantía podrá consistir, por ejemplo, en una póliza de seguros, en una boleta de garantía bancaria, en un vale vista o en un certificado de fianza. Tratándose de una boleta bancaria, es necesario que en dicho documento se indique la individualización del oferente seleccionado.

Si la garantía 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 en el documento en que consta la garantía no alcanza a escribirse el nombre de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, este se podrá abreviar, siempre que señale el R.U.T.

En caso de que la entidad seleccionada no presentare la referida garantía, SENDA podrá dejar sin efecto la selección y procederá, si así lo estima pertinente, a seleccionar la segunda propuesta mejor evaluada en la respectiva línea de servicio.

Tipo de documento	Caución o garantía pagadera a la vista y con carácter irrevocable
Beneficiario	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o SENDA RUT 61.980.170-9 El nombre podrá abreviarse, pero siempre deberá indicarse el RUT.
Vigencia mínima	Vigencia mínima hasta el 30 de septiembre de 2023
Monto	Deberá ser de un monto igual o superior a la remesa de mayor valor a transferir por Senda.
Expresada en	Pesos chilenos (En el caso en que la garantía esté expresada en Unidades de Fomento , se calculará su valor en pesos chilenos al día de su emisión.)
Glosa (dependiendo del programa a que postule)	<i>"Para garantizar el anticipo recibido para la implementación de un Programa de tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas para niños, niñas y adolescentes general".</i>

La garantía será restituida a la entidad seleccionada en el plazo máximo de treinta días hábiles contados desde el término de la vigencia del respectivo Convenio, en las dependencias de este Servicio.

3.5 Transferencia de recursos.

SENDA transferirá los recursos a la entidad seleccionada siempre que el acto administrativo que apruebe el respectivo convenio se encuentre totalmente tramitado y se haya presentado la Garantía prevista en estas bases.

Los recursos serán entregados a la entidad seleccionada en 7 parcialidades, distribuidas de la siguiente forma, según línea de servicio:

Línea de servicio 1 y 3:

- i. Una **primera cuota** correspondiente al total de lo solicitado para la **etapa de equipamiento**, monto que no podrá exceder los **\$35.000.000** (treinta y cinco millones de pesos), según lo indicado en el cuadro del numeral 1.4 de estas bases.
- ii. Una **segunda y tercera cuota, cada una por un monto correspondiente al 35% y una cuarta cuota y final para el año 2022 equivalente al 30%**, respecto del presupuesto solicitado para la **etapa de funcionamiento** para el año 2022, cuyo monto total no deberá superar los **\$78.175.325** (setenta y ocho millones ciento setenta y cinco mil trescientos veinticinco pesos), conforme a lo indicado en el cuadro del numeral 1.4 de las presentes bases.
- iii. Para el año **2023** los recursos serán entregados de la siguiente forma: Una **quinta y sexta cuota**, cada una por un monto equivalente al 35% y una **séptima cuota** por el 30% correspondiente al presupuesto solicitado para la **etapa de funcionamiento** para el año **2023**, por un monto total máximo de **\$93.810.390** (noventa y tres millones ochocientos diez mil trescientos noventa pesos), según lo indicado en el cuadro del numeral 1.4 de las presentes bases.

Presupuesto Máximos LS 1 y 3	Monto
Equipamiento 2022	\$35.000.000
Funcionamiento 2022	\$78.175.325
Presupuesto Funcionamiento 2023 (6 meses)	\$93.810.390
Presupuesto Total	\$206.985.715

Línea de servicio 2:

- i. Una **primera cuota** correspondiente al total de lo solicitado para la **etapa de equipamiento**, monto que no podrá exceder los **\$35.000.000** (treinta y cinco millones de pesos), conforme a lo indicado en el cuadro inserto en el numeral 1.4 de las presentes bases.
- ii. Una **segunda y tercera cuota cada una por un monto correspondiente al 35%; y una cuarta cuota y final para el año 2022** equivalente al 30% del presupuesto solicitado para la **etapa de funcionamiento** para el año 2022, cuyo monto total no deberá superar los **\$93.640.900** (noventa y tres millones

seiscientos cuarenta mil novecientos pesos), conforme a lo indicado en el cuadro inserto en el numeral 1.4 de las presentes bases.

- iii. Una **quinta y sexta cuota** cada una por un monto equivalente al 35% y una **séptima cuota** por el 30% del presupuesto solicitado para la **etapa de funcionamiento** para el año **2023**, por un monto total máximo de **\$112.369.080** (ciento doce millones trescientos sesenta y nueve mil ochenta pesos), conforme a lo indicado en el cuadro inserto en el numeral 1.4 de las presentes bases.

Presupuesto Máximos LS 2	Monto
Equipamiento 2022	\$35.000.000
Funcionamiento 2022	\$93.640.900
Funcionamiento 2023 (6 meses)	\$112.369.080
Presupuesto Total	\$ 241.009.980

Para todas las líneas, **la primera parcialidad será entregada dentro de los quince días corridos siguiente a la fecha de total tramitación del acto administrativo que apruebe el convenio**, previa entrega, por parte de la entidad seleccionada, de la caución o garantía indicada en el numeral 3.4 anterior, extendida a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Desde la segunda y hasta la séptima parcialidad, éstas se entregarán previa aprobación del informe técnico de avance correspondiente y previa rendición financiera documentada de los recursos ya transferidos.

3.6 De los Informes

La entidad que se adjudique deberá presentar los 7 informes que se detallan a continuación:

a. **Primer informe de avance**, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la segunda parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance del equipamiento e instalación, contratación de recurso humano, estado de tramitación de la autorización sanitaria, reuniones intersectoriales y otras actividades que se hayan desarrollado en el marco del proyecto. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de julio 2022**.

b. **Segundo informe de avance**, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la tercera parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. **Asimismo, junto con este informe, se deberá presentar la resolución de la autorización sanitaria.** El

período del informe corresponderá entre el 01 de julio de 2022 y el 31 de agosto de 2022. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de septiembre 2022**.

c. Tercer informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la cuarta parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El período del informe corresponderá entre el 01 de septiembre del 2022 y el 31 de octubre de 2022. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de noviembre de 2022**.

d. Cuarto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la quinta parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El período del informe corresponderá entre el 01 de noviembre de 2022 y el 31 diciembre de 2022. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de enero de 2023**.

e. Quinto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la sexta parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El período del informe corresponderá entre el 01 de enero y 28 de febrero de 2023. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de marzo de 2023**.

f. Sexto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la séptima parcialidad, deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El período del informe corresponderá entre el 01 de marzo y 30 de abril de 2023. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de mayo de 2023**.

e. Informe Final, el que deberá contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. Deberá presentarse dentro de los **10 primeros días hábiles de julio 2023**.

Una vez presentados los informes, SENDA, a través del Encargado de Tratamiento de cada región (Contraparte Técnica), dispondrá de un plazo de 15 días hábiles para hacer observaciones a cada uno de los informes, contados desde que éste haya sido recepcionado por parte de este Servicio. Si dentro de dicho plazo, SENDA, a través de la Contraparte Técnica no formulara observaciones, éste será aprobado por el Servicio.

En caso de realizarse observaciones, la entidad tendrá el mismo plazo anterior (10 días hábiles) para contestar las observaciones y corregir el referido informe, atendiendo a las indicaciones presentadas por el Servicio. Por razones fundadas, y previa petición de la entidad, SENDA podrá ampliar el plazo de presentación de las correcciones hasta 5 días hábiles adicionales.

Ante la entrega del nuevo informe o de la carta de contestación a las observaciones, se seguirá el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior. Con todo, en el evento de que hayan transcurridos 45 días hábiles desde la primera presentación del respectivo Informe y se mantengan las observaciones formuladas por SENDA, el informe será rechazado definitivamente y este Servicio se encontrará facultado para poner término anticipado al convenio.

Se deja expresa constancia que SENDA, en resguardo del interés fiscal comprometido y a objeto de velar por la calidad del programa y el correcto uso de los recursos transferidos, se reserva el derecho de solicitar a la entidad seleccionada, en cualquier momento, informes técnicos complementarios, que se refieran a aspectos específicos del programa.

3.7 Rendición de cuentas

La entidad seleccionada deberá rendir cuenta documentada de la inversión de los recursos recibidos en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, publicada en el Diario Oficial de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o el texto que lo reemplace, y de acuerdo a lo previsto en la **Resolución Exenta N°391**, de fecha 01 de abril de 2021 de SENDA, que aprueba "Manual de rendición de cuentas", o el texto que lo modifique o reemplace.

Sistema de rendición electrónica de cuentas.

La rendición de cuentas a que dé lugar el respectivo convenio se realizará a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas, de la Contraloría General de la República, en adelante SISREC.

Se permitirá realizar la rendición, con documentos auténticos digitalizados en el sistema y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe, que justifiquen cada uno de

los gastos realizados en el mes correspondiente, los que deberán ser autorizados por el ministro de fe.

La Entidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República.
- b) Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.

SENDA, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a) Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista del SISREC.
- b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto.
- c) Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado otorgante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

Con todo, si SENDA lo estimare pertinente, podrá requerir a la Entidad que las rendiciones no sean realizadas a través del sistema SISREC.

En este sentido, la entidad seleccionada deberá rendir documentadamente de forma mensual los recursos que este Servicio le entregue para la ejecución del Programa.

La rendición mensual deberá efectuarse a más tardar, dentro de los 15 primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa.

Con todo, la entidad seleccionada, deberá hacer devolución a este Servicio de los recursos no utilizados, no rendidos u observados definitivamente por SENDA, durante el año presupuestario 2023 dentro de los diez días hábiles administrativos siguientes a la fecha de término del Programa.

La última rendición mensual de gastos que deberá presentar la entidad ejecutora seleccionada deberá efectuarse a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles administrativos siguientes a la fecha de término del programa.

El control financiero y el examen de la rendición se efectuará y será de responsabilidad del nivel central de SENDA.

Respecto del presupuesto del programa (durante su ejecución), de mutuo acuerdo, se podrán realizar modificaciones y reasignaciones en los términos y condiciones establecidas en los respectivos convenios.

Se entiende por "modificación presupuestaria" el cambio entre los ítems de gastos inicialmente aprobados. Por su parte, se entiende por "reasignación" los ajustes solicitados dentro de un mismo ítem.

4. CONTENIDO ADMINISTRATIVO DEL CONVENIO

4.1 Obligaciones generales de la contratación

En ninguna circunstancia podrá la entidad seleccionada ceder parcial o totalmente a un tercero las obligaciones que emanan del presente concurso y, especialmente, las que deriven de la ejecución del programa.

SENDA podrá, desde la suscripción del respectivo convenio, visitar el centro de tratamiento (si procediere) para velar por el cumplimiento de las condiciones establecidas en estas bases.

4.2 Otras Obligaciones

1. Gestión de reclamos

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 37, de la ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, las entidades deberán contar con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos realizados por los usuarios, en la etapa de funcionamiento del centro. Como complemento de lo anterior, la entidad deberá instalar junto al libro de reclamos correspondiente, un cartel indicando los medios de contacto con las instituciones vinculadas a su tratamiento.

2. Carta de Derechos y deberes del paciente

Toda entidad, durante la etapa de funcionamiento del centro, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8° de la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, deberán mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido está determinado mediante resolución del Ministro de Salud.

3. Deber de información

Si durante la etapa de funcionamiento del centro la entidad sufre cambios como, por ejemplo, cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento, renovación o modificaciones en la Resolución de autorización sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del programa, deberá informar a SENDA de la ocurrencia de ese hecho, dentro de los **20 días hábiles** de acaecido el hecho.

El incumplimiento se abordará conforme al N° 4.7 de las presentes bases, si ello procediere, atendida las circunstancias del caso.

4.3 Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT)

Para el control de la actividad y supervisión del Programa, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición de cada entidad seleccionada, el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), software en línea, con plataforma estable para el registro de la información requerida.

A un máximo de 2 profesionales de cada centro de tratamiento se le asignará una clave de acceso al sistema, las cuales serán intransferibles, por lo que el propietario de dicha clave, será el responsable de la información registrada en el sistema.

En caso que alguno o ambos profesionales con claves de acceso a SISTRAT, cesen en sus funciones de forma definitiva, la entidad deberá informar a SENDA y solicitar la desactivación de la clave de acceso.

Para lo anterior, la entidad deberá informar, al Encargado de Tratamiento de SENDA de la región correspondiente, mediante correo electrónico y dentro de un plazo de 5 días hábiles desde ocurrido el hecho, lo siguiente:

- a. Nombre del profesional con clave que cesa sus funciones;
- b. Nombre de nuevo profesional con clave a sistema;
- c. Rut de nuevo profesional con clave a sistema; y
- d. Mail personal de nuevo profesional con clave a sistema.

El adjudicatario se **obliga** a ingresar los datos correspondientes en las fichas existentes en el SISTRAT o aquellas que sean incorporadas durante el período de vigencia del convenio. Es fundamental el registro oportuno de la información, dado que estas fichas tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del programa y su diagnóstico clínico, el cual se efectuará dentro de los tres primeros meses en tratamiento.

Los datos correspondientes a las fichas mensuales deberán ser ingresados, por la entidad seleccionada, diariamente y hasta el último día del mes en que se otorgue efectivamente la prestación, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las atenciones, día que se considerará de cierre de sistema.

Con todo, las prestaciones correspondientes al tratamiento ejecutado durante el mes de diciembre de 2022 deberán registrarse en el SISTRAT hasta el día 20 de diciembre del referido año, considerados días de cierre del sistema en esos meses específicos.

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información que no puede ser resuelto a nivel de programa de tratamiento durante el mes de registro correspondiente, ya sea estos errores del sistema o errores de usuario, se deberá reportar a la correspondiente Dirección regional de SENDA vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del convenio, el adjudicatario deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste requiera, estando facultado para efectuar visitas al centro de tratamiento, debiendo otorgarle las facilidades del caso de acuerdo a lo señalado en los números anteriores. 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 la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en atención de salud, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

Sin perjuicio de lo expuesto, SENDA - en virtud de sus atribuciones legales y a objeto de velar por la correcta ejecución de los programas - podrá realizar modificaciones al sistema de registro de prestaciones, las que deberán ser informadas a las entidades ejecutoras para su correcta, veraz, eficiente y oportuna implementación.

4.4 Supervisión del Programa

SENDA podrá realizar supervisiones de carácter general, aleatorias y mediante visitas sin previo aviso a los centros ejecutores de programas, cada vez que lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. En estas supervisiones generales podrá este Servicio realizar supervisiones técnicas, administrativas y de cualquier tipo.

Se deja constancia que la supervisión técnica, administrativa o financiera del programa se realizará preferentemente a través de la revisión de las rendiciones de cuentas y de los Informes Técnicos presentados por la entidad. Lo anterior es sin perjuicio de la facultad de SENDA de realizar también visitas de supervisión al programa, si así se determina, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios, o revisar aspectos técnicos o financieros que hayan surgido a propósito del examen de cuentas o de la revisión de los Informes, o por cualquier motivo que este Servicio determine.

- **Asesoría Financiera**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en virtud de lo establecido en la Resolución Exenta N° 639, ya individualizada, asesorará financieramente a la entidad.

- **Asesoría Técnica**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, asesorará y supervisará en forma periódica el funcionamiento y operación del programa.

Lo señalado precedentemente es sin perjuicio de las facultades de supervisión y fiscalización que le competen al Ministerio de Salud en su rol de autoridad sanitaria y gestores de red, a través de las respectivas SEREMIS y los Servicios de Salud.

Las entidades 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 asesoría y supervisión.

Para efectos de evaluar y supervisar el cumplimiento del tratamiento otorgado por las entidades, SENDA podrá comunicarse directamente con los usuarios de los planes de tratamiento, considerando lo dispuesto en la Ley N°19.628, la Ley N°20.584, y en cualquier otra norma que regule el carácter secreto de la información.

4.5 Modificación del Convenio

Si con posterioridad a la suscripción del convenio, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o la entidad, requieren realizar modificaciones al convenio suscrito, se evaluará y propondrá la eventual modificación del mismo.

Con todo, ninguna de estas modificaciones podrá desnaturalizar el programa ejecutado, de conformidad a las presentes bases de concurso público.

Todas las modificaciones de convenio deberán ser previamente autorizadas por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y se materializarán mediante el correspondiente acto administrativo totalmente tramitado.

4.6 Término Anticipado del Convenio

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término anticipado al convenio, por acto administrativo fundado, ordenando la adopción de las medidas correspondientes para hacer efectiva la garantía otorgada y obtener el reintegro de los recursos transferidos, sin perjuicio del derecho de accionar judicialmente para obtener la restitución de los recursos entregados, si procediere, en el evento que acaeciere alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Revocación o ausencia de la autorización sanitaria del contratista, según corresponda.
- b) Por incumplimiento grave, debidamente calificado, de las obligaciones contraídas por la entidad, por ejemplo, aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento del tratamiento convenido, en términos tales que el beneficiario no reciba el tratamiento, o reciba un tratamiento deficiente, ejecutando prácticas que interfieran sustancialmente en el desarrollo del proceso terapéutico, u otras situaciones de igual magnitud debidamente calificada por SENDA.
- c) Efectuar cobros improcedentes a uno o más usuarios financiados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- d) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- e) Si el contratista se tratase de una sociedad, cuando ésta se disolviera.
- f) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- g) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- h) Si la entidad no presentare los Informes Técnicos, o presentándolos estos fueran rechazados definitivamente por SENDA, de conformidad al procedimiento establecido en el **número 3.6** de las presentes bases.
- i) Si la entidad seleccionada utiliza los recursos entregados para fines distintos a la ejecución del Programa o los ejecuta contraviniendo los porcentajes máximos fijados para cada tipo de gastos.

4.7 Procedimiento de aplicación de término anticipado

- La Dirección Nacional de SENDA, notificará a la entidad la causal de término que se pretende invocar, señalando los hechos y circunstancias que la configuran. La notificación se realizará personalmente o por carta certificada.
- La entidad, una vez notificada, dispondrá de un plazo máximo de 15 días corridos para formular sus descargos y alegaciones, aportando todas las pruebas que estime pertinentes a objeto de fundar sus alegaciones o defensas.
- Se hayan o no evacuados los descargos, el Director Nacional de SENDA resolverá, mediante acto administrativo fundado, si procede o no el término del

convenio. De los resuelto se notificará a la entidad de forma personal o mediante carta certificada.

El convenio se entenderá terminado una vez que la resolución fundada que disponga dicho término se encuentre totalmente tramitada y se haya notificado a la entidad correspondiente.

La resolución fundada que disponga el término anticipado se notificará a través de carta certificada, dirigida al domicilio de la entidad seleccionada, sin necesidad de requerimiento judicial.

De producirse el término anticipado, SENDA exigirá a la entidad correspondiente un informe escrito que contenga todos los antecedentes, documentos y resultados provisorios del Programa y la restitución de la totalidad de los recursos que SENDA le haya entregado, previa deducción de aquellos gastos que hayan sido aprobados por SENDA y que se relacionen con la ejecución del Programa.

Los recursos deberán ser devueltos dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la notificación por medio de la cual se comunique a la entidad seleccionada el término del convenio. SENDA deberá hacer efectiva la Garantía presentada por la entidad en el caso que la entidad seleccionada no hiciere la restitución correspondiente.

Orientaciones Técnicas para el Tratamiento de Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas

I. Propósito del Programa

Ofrecer tratamiento a niños, niñas y adolescentes, menores de 20 años, que presenten consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, a través de una intervención integral que se realice tanto en el centro de tratamiento, como en el territorio en que viven y se desenvuelven, trabajando colaborativamente con otros dispositivos de la red sociosanitaria, que permita responder a las necesidades de las personas usuarias.

Objetivo General

Brindar tratamiento integral, oportuno, pertinente y de calidad, en modalidad ambulatoria y residencial, a niños, niñas y adolescentes que presenten consumo problemático de alcohol y/u otras drogas.

Objetivos Específicos

- Modificar el patrón de consumo de niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas y sus consecuencias asociadas;
- Promover la activa participación de los equipos de tratamiento en las redes con otros programas de tratamiento públicos y privados, de mayor y menor complejidad e intensidad y con otros organismos de las redes sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, psicosociales, etc.;
- Facilitar que los equipos de tratamiento desarrollen, en conjunto con la red socio sanitaria, estrategias de problematización del consumo y motivación al cambio para el ingreso y adherencia al tratamiento;
- Facilitar la articulación de los planes de intervención de los distintos equipos intervinientes;
- Favorecer la participación de la familia y/o adultos significativos en los procesos terapéuticos de los niños, niñas y adolescentes;
- Resguardar la continuidad de cuidados y el apoyo posterior al egreso de tratamiento.

- **Duración del Proceso**

La duración del proceso terapéutico para alcanzar los objetivos y metas propuestos, es variable. Para el tratamiento ambulatorio, se estima una duración de alrededor de 8 meses, cuando el perfil es de menor complejidad y de hasta 24 meses en casos más complejos. En el caso del tratamiento residencial, se estima una duración aproximada entre 3 y 6 meses. La literatura internacional señala que las principales ganancias de la modalidad residencial se alcanzarían en este período de tiempo, sin observar mayor efectividad los meses posteriores³.

Es relevante destacar la importancia de la continuidad de cuidados, de manera tal que los usuarios y usuarias, luego de alcanzar los objetivos propuestos en la modalidad residencial, sean derivados a programas ambulatorios, con el fin de dar continuidad de a su proceso terapéutico.

Los tiempos anteriormente señalados 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 adecuar la intervención si no se han alcanzado los logros esperados o evaluar la mantención de ellos.

- **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 considerar los siguientes principios:

- 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;
- Trabajo interdisciplinario y biopsicosocial: debido a la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla;
- Continuidad de los cuidados: el niño, niña o adolescente es parte de una red mayor de intervenciones, la cual se articula según sus necesidades de atención, de manera de proveerla de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones;
- Intervención flexible y dinámica: por las características de la población a atender, la intervención debe planificarse con objetivos a corto y mediano plazo, de manera de visibilizar avances, y otros a largo plazo, posibles de lograr durante la

³ Bergey E., Dinges K., Discher J., Hunt P., Kamins R., Matyas C., Marciano D., Miller M., Ruiz C.S., Tripp J.H., Waxenberg F., & Winderbaum S. (2008). Perspectives on Residential and Community - Based Treatment for Youth and Families Magellan Health Services Children's Services Task Force.

intervención. Esta planificación debe ir renovándose y actualizándose constantemente, siempre manteniendo claridad en el propósito;

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Vinculación del adolescente con el medio: se trata de evitar activamente la posible desvinculación de la o el usuario de su entorno y, de ser así, facilitar su revinculación lo antes posible, rescatando las posibilidades y recursos que éste le ofrece;
- 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;
- 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;
- Autocuidado de equipo: el trabajo con esta población puede ser muy desgastante, por lo que cada programa e institución debe establecer un plan de autocuidado como equipo.

Una revisión realizada por Bergey para Mallegan Heath Services⁴, describe los siguientes factores asociados al éxito terapéutico:

- a) Participación Familiar: cuando hay una participación significativa de las familias en el tratamiento, la permanencia en la modalidad residencial son más cortas y presentan mejores resultados. En lugar de ser visto como un problema, la familia debe ser vista como parte de la solución. Se debe orientar el tratamiento a ayudar

⁴ Bergey E., Dinges K., Discher J., Hunt P., Kamins R., Matyas C., Marciano D., Miller M., Ruiz C.S., Tripp J.H., Waxenberg F., & Winderbaum S. (2008). Perspectives on Residential and Community-Bases Treatment for Youth and Families Magellan Health Services Children's Services Task Force.

a las familias a apoyar y trabajar con los problemas que han sido los desencadenantes del ingreso a la modalidad residencial;

- b) Planificación del egreso: los programas de tratamiento residencial más exitosos comienzan a planificar el alta, en el momento del ingreso. Para ello es importante determinar qué es lo que el o la joven necesitan para un egreso exitoso, donde el tratamiento está orientado a eliminar barreras identificadas y construir apoyos necesarios. Al identificar los servicios que requeriría al egreso, como se ubica y continúa el plan de tratamiento, es más probable que se mantengan los logros. Se debe focalizar prioritariamente en los problemas que precipitaron el ingreso, en lugar de centrarse en curar toda la sintomatología;
- c) Participación comunitaria: se refiere a la participación del o la joven con los servicios de la comunidad mientras se encuentra en tratamiento residencial. Mientras se fortalecen las habilidades necesarias para la reintegración social en estos espacios de participación comunitaria, aumentan las posibilidades de resultados exitosos. Se debe prestar mucha atención en los recursos de la comunidad, como organizaciones religiosas, escuelas, programas de capacitación, programas recreativos, etc., que haya logrado vincularse durante el tratamiento residencial.

Se han identificado algunos componentes clave para mantener los logros después del egreso⁵:

1. Participación de la familia en el proceso de tratamiento;
2. Derivación asistida a un programa de menor complejidad al egreso;
3. Disponibilidad de cuidados después del egreso para el o la joven y su familia.

La investigación sobre la participación de la familia en el tratamiento ha demostrado que puede mejorar aún más el compromiso adolescente, la retención, el uso de sustancias y otros problemas y deberían facilitar el reingreso a su hogar y comunidad después del tratamiento residencial⁶.

Varios estudios longitudinales con adultos y adolescentes han concluido que la continuidad de los cuidados es un predictor significativo de mejoría⁷. La participación en programas de cuidado posterior, se asoció con un menor uso de sustancia desde el alta y con menores cantidades de uso después de 6 meses de alta del residencial, junto con tasas de vinculación a los servicios ambulatorios significativamente mayores⁸.

⁵ Nathan, S., Rawstorne, P., Hayen, A., Bryant, J., Baldry, E., Ferry, M., ... Jayasinha, R. (2016). Examining the pathways for young people with drug and alcohol dependence: a mixed-method design to examine the role of a treatment programme. *BMJ Open*, 6(5), e010824. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010824>

⁶ Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. Mark D. Godley, Susan H. Godley, Michael L. Dennis, Rodney Funk, Lora L. Passetti, J Subst Abuse Treat. 2002 Jul; 23(1): 21–32.

⁷ Op. cit.

⁸ Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders Passetti, Lora L. et al. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, Volume 25, Issue 4, 669 – 684.

II. ENFOQUES CONCEPTUALES

- **Enfoque de Recuperación**

Si bien es cierto, se puede trazar el desarrollo de la Perspectiva de la Recuperación desde el ámbito de la salud mental, se ha definido a la **Recuperación del Trastorno por Uso de Sustancias**, como el proceso a través del cual los problemas severos asociados al uso de alcohol y otras drogas son resueltos conjuntamente con el desarrollo de la salud física, emocional, espiritual, relacional y ocupacional (White y Kurtz; 2006).

El Center for Substance Abuse Treatment define la recuperación de los problemas de alcohol y otras drogas como “un proceso de cambio mediante el cual una persona logra la abstinencia y una mejor salud, bienestar y calidad de vida”.

Es posible observar que el tratamiento relacionado con los trastornos por uso de sustancias ha evolucionado hacia una perspectiva de “tratamiento orientado hacia la recuperación” de las personas que presentan estos trastornos.

Capitales de Recuperación

Un constructo que se ha introducido en el campo del tratamiento corresponde al de *Capital de Recuperación de las Personas*, el cual ha sido definido como la amplitud y la profundidad de los recursos externos e internos de una persona, que pueden servir como base para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves debidos al consumo de alcohol y otras drogas (Cloud y Granfield, 2008). Estos autores definen cuatro componentes del capital de recuperación:

- 1) **Capital Social:** Es la sumatoria de los recursos, actuales o virtuales, que un individuo o un grupo acumulan en virtud de poseer una red de relaciones duradera —más o menos institucionalizada— de reconocimiento mutuo. Cuando un usuario dependiente de sustancias tiene acceso a capital social e intenta detener su uso abusivo de la sustancia, las expectativas y obligaciones de las otras personas pueden ser un recurso valioso, ya que pueden entregar apoyo emocional o acceso a oportunidades que ayudan al mantenimiento de su abstinencia.
- 2) **Capital Físico:** Se refiere al capital económico o financiero, el cual incluye los ingresos económicos, ahorros, propiedad (vivienda), inversiones y otros recursos financieros tangibles que pueden ser convertidos en dinero. Los autores señalan que una persona con uso dependiente de sustancia que posee capital físico tiene acceso a más opciones para su recuperación.
- 3) **Capital Humano:** Este capital incluye a un amplio rango de atributos humanos que proveen los medios para que la persona funcione en forma efectiva en la sociedad

actual, para maximizar los beneficios individuales asociados con la membresía en esa sociedad, y para alcanzar metas personales. El capital humano incluye el conocimiento, las habilidades, las acreditaciones educacionales (certificados, títulos), salud física, salud mental, y otros rasgos adquiridos o heredados que son esenciales para realizar negociaciones óptimas en la vida diaria (estilo de afrontamiento, habilidad para resolver problemas, habilidades sociales, capacidad de autocontrol).

- 4) **Capital cultural:** Se refiere a las normas culturales y la habilidad para actuar en beneficio de los propios intereses dentro de las normas. Este capital incluye los valores, creencias, disposiciones, percepciones y apreciaciones que emanan de la pertenencia en un grupo cultural particular.

Los autores sugieren que los conceptos relacionados con la recuperación requieren ser adaptados de acuerdo con el ciclo vital. White (2006b) afirma que los estudios entregan suficiente evidencia que la tasa de recuperación es baja entre los adolescentes, aumenta a través de la adultez y declina en la adultez mayor.

Según White (2006b), los adolescentes presentan diversas dificultades/desafíos para desarrollar suficiente capital de recuperación.

Dennis et al. (2009), a partir de un estudio desarrollado con 14.776 adolescentes (12-25 años) sugieren que tomando en consideración que el 73% de estos adolescentes presentaba 3 o más factores de riesgo (uso de sustancias, salud mental, victimización, violencia física y actividades ilegales), es probable que el tratamiento —además de buscar la abstinencia del uso de drogas— deba abordar las otras dificultades existentes en los adolescentes, para reducir la probabilidad de recaídas. Además, los datos sugieren que es más probable que las adolescentes mujeres requieran servicios psiquiátricos, y los adolescentes hombres necesitan servicios relacionados con el control de la ira, la violencia y las actividades ilegales.

White et al. (2009) indican que, al usar el concepto de recuperación para organizar los servicios para la población de niños, niñas y adolescentes, se requiere incorporar los conceptos de resiliencia y recuperación familiar.

La recuperación familiar no sólo se refiere al campo del tratamiento de los niños, niñas y adolescentes, sino que también tiene relación con la recuperación de los padres y el impacto de ésta en la familia (pareja e hijos).

Enfoque basado en los derechos del niño

Un enfoque basado en los derechos del niño garantiza el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación del niño como titular de derechos.

Asumir este enfoque es entender que los niños y niñas son sujetos sociales, por lo que pasan a ser parte del tejido social y cultural, es decir son sujetos activos, públicos y parte de un colectivo.

El proceso de intervención desde este enfoque considera que su rol es gravitante en la consecución de una intervención exitosa. Sin su participación activa, permanente, sistemática y planificada, la intervención no logrará los resultados que se ha planteado, los que han de ser discutidos y redefinidos con los niños, niñas y adolescentes participantes. Esto se traduce en el tratamiento, entre otras cosas, en su participación activa en la construcción, evaluación y actualización de su plan de tratamiento individualizado (PTI).

Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en Salud Mental

Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, postula que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida. Este enfoque trasciende la noción que responsabiliza al individuo de tener una “buena salud”, relevando la importancia que tienen las influencias sociales y económicas que determinan las condiciones de vida, generando pobreza e inequidad. Estos determinantes interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose mutuamente.

Entre los determinantes se diferencian, los estructurales e intermedios. Los primeros se refieren al contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica (etnia, género, nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación); y los segundos se refieren a las circunstancias materiales (condiciones de vivienda y trabajo, acceso a servicios básicos y bienes de consumo), factores conductuales y biológicos (patrones de consumo alimentario, consumo de cigarro y alcohol, ejercicio, entre otras), factores psicosociales (factores de estrés, escasa red social y de apoyo) y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a riesgos que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Enfoque de Curso de Vida y Salud Mental

Este enfoque hace referencia a cómo la acumulación de factores de riesgo a largo plazo genera un daño acumulativo que contribuye a la aparición de una enfermedad mental, entre otros problemas de salud. Según este enfoque, invertir en acciones oportunas en cada etapa de la vida repercutirá en las siguientes etapas, y el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el período anterior.

Resiliencia

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”.

Algunos 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 Kotliarenko, es “reaccionar ante el estímulo y a la vez sobreponerse constructivamente”.

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.

Género

El género alude a la construcción cultural que realiza una sociedad respecto a lo que significa ser hombre y ser mujer. Se transmite desde el nacimiento a través del proceso de socialización, donde los padres o cuidadores van transmitiendo las conductas que deben seguir los niños y niñas y reproduciendo los estereotipos como algo que culturalmente ya está estipulado.

Al ser una construcción cultural es por ende modificable.

Es relevante también considerar los conceptos de igualdad de género y especificidad de género. El primero referido a aspectos relacionales del género y al concepto de género como estructura de poder, que suele implicar oportunidades y limitaciones diferentes basadas en el propio sexo. El segundo se refiere a los riesgos para la salud específicos para mujeres o varones.

Según lo anterior, y de acuerdo a lo recomendado por la Convención Belém do Pará (OEA, 1994), los programas de intervención deben dar importancia e incluir explícitamente el enfoque de género.

En particular, la incorporación de este enfoque en la intervención con niños, niñas y adolescentes, en el proceso de restitución de derechos y resignificación de las experiencias de vulneración, implica que se reconoce las significaciones diferenciadas de las experiencias de vida y de las posibilidades e implicancias de los procesos de intervención y desarrollo de proyectos personales.

Pertinencia Cultural

La diversidad cultural supone una nueva apertura de la salud hacia marcos simbólicos que definen la salud, el bienestar, las conductas de riesgo o los recursos protectores de maneras distintas a las que establece el marco cultural dominante.

Carmel Camillieri (1985) refiere que la interculturalidad favorece los procesos evolutivos de las diferentes culturas, poniendo el acento en la interacción de las unas con las otras, dentro de una matriz común, que rescata los consensos universales, como las declaraciones de derechos, y la identidad nacional común, pero reconociendo los aportes de cada cultura, dominada o dominante, minorías y mayorías.

La interculturalidad se refiere a:

- Una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación.
- Una interacción neutral entre dos o más culturas, en donde ninguna es superior a otra.
- Una relación horizontal que promueve sintonía y empatía, pues se basa en el diálogo, respeto y horizontalidad.
- Una visión que reconoce el valor de la diversidad y oportunidad, y favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente.

El enfoque intercultural se caracteriza por tres etapas:

a. Descentralización: implica tomar una perspectiva más distante de sí mismo/a, verse desde “afuera” e intentar definir los marcos de referencia propios como un individuo con una cultura y subculturas combinadas en el propio desarrollo personal. A través de esa reflexión sobre sí mismo, es posible tener conciencia de que la propia visión del mundo depende de las referencias culturales que se han construido hasta ese momento, identificándolas y tomando distancia para reconocerlas.

b. Penetración del sistema del otro: salirse de sí mismo/a para ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona. Es una actitud de apertura, un esfuerzo personal de indagación.

c. Negociación: encontrar el acuerdo y la comprensión mínima y necesaria para evitar o ultrapasar una confrontación o conflicto.

Desde la perspectiva intercultural, no se trata de elaborar programas de integración específicos para las personas inmigrantes, sino de redibujar un espacio diverso y replantear su organización desde las necesidades de las personas. En consecuencia, el trabajo preventivo no solo debiera dirigirse a migrantes, sino también, y del mismo modo, a los otros que componen el contexto y tejido social en donde el migrante se incluye y cobra su calidad de migrante.

Inclusión + Interculturalidad = Eliminación de barreras físicas, sociales y culturales.

Desde el enfoque intercultural, las acciones debieran considerar:

- La exploración del marco de referencia del otro o cosmovisión
- La revisión de las evidencias transmitidas que desvalorizan/valorizan la cultura originaria.
- La construcción de una narración que conduzca a la acción social colectiva y sobre destinos de empoderamiento.
- Dar sentido histórico y contextual a las prácticas culturales (entenderlas sin necesariamente compartirlas).
- Utilizar procesos de negociación o mediación intercultural.
- Preguntarse por el tipo de bienestar que promueve un determinado marco cultural y cómo este puede dialogar con los valores de bienestar que promueve la cultura dominante.

En busca de un modelo comprensivo

El Programa Regional de Adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso un 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. 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).

Enfoque evolutivo

El 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 desorganizadas y en otras de mayor organización. Como consecuencia de estos importantes cambios y adquisición 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 qué medida 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:

- Dinámica, cambiante y transitoria, 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).
- 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.

Este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad por un lado y gran potencial por otro.

Según Arbex (2002), las principales necesidades que emergen durante la adolescencia serían:

- Necesidad de reafirmación;
- Necesidad de trasgresión;
- Necesidad de conformidad intra-grupal.

Por otra parte, en algunos casos, el grupo de pares 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, es necesario destacar que la vulnerabilidad a la presión de grupo puede ser modulada en gran medida por los recursos personales del adolescente, tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc.

- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno;

- Sensación de invulnerabilidad;
- El rechazo a la vida del adulto;
- Tendencia al hedonismo y el bajo nivel de tolerancia a la frustración;
- La recompensa inmediata sin anteponer un esfuerzo proporcional y recíproco se potencia en una sociedad con baja tolerancia a la frustración.
- Perspectiva negativa de futuro;
- El presentismo.
- La transformación química de los estados del ánimo.

Relacionado con lo anterior, aunque desde otra perspectiva y asumiendo una visión que reconoce las potencialidades de esta etapa, Adela Cortina (2007) identifica valores de riesgo y valores de empoderamiento respecto del consumo de drogas en la adolescencia. Los valores de empoderamiento promueven y potencian en las personas la capacidad de desarrollar proyectos de vida satisfactorios y enriquecedores, mientras que los valores de riesgo se asocian a comportamientos y conductas destructivos.

Continuidad de los Cuidados

El enfoque del trastorno por uso de sustancias como un trastorno crónico recuperable de la salud mental (Dennis y Scott, 2007; White, 2006a, 2008), el enfoque de la recuperación del trastorno por uso de sustancias (Groshkova y Best, 2011; Hser y Anglin, 2011; White y Kurtz, 2006), y las variedades de la recuperación del trastorno por uso de sustancias (White y Kurtz, 2006), han conducido a una reconceptualización del seguimiento (post tratamiento) “tradicional” de los usuarios (centrado en la prevención de recaídas), a modelos de “continuidad proactiva de los cuidados” (White, 2008).

Esta visión del postratamiento se traslada desde el énfasis colocado en la identificación de los factores de riesgo de recaída y en estrategias de prevención de recaídas, al apoyo de los deseos del usuario para lograr una vida saludable, productiva y con significado. Esta visión incorpora, además, el principio de que la recuperación es más efectiva cuando las necesidades de servicios y las aspiraciones del individuo son colocadas en el centro de sus cuidados y de su tratamiento (Scottish Government, 2008).

III. Abordaje del Trauma en el Tratamiento

Debido a la alta incidencia de experiencias traumáticas en los niños, niñas y adolescentes que consultan por consumo problemático de alcohol y otras drogas, se abordará en mayor extensión este tema, de manera de entregar una mirada más amplia a las consecuencias y el abordaje del trauma.

Diversas investigaciones han mostrado que la presencia de factores de riesgo biológicos, conductuales y sociales durante la infancia y adolescencia inciden en el abuso de

sustancias en las fases posteriores de la vida, y en problemas de salud mental y físicos concurrentes (Leyton y Stewart, 2014). Numerosos estudios han identificado la privación económica extrema, los conflictos intrafamiliares, un historial familiar de problemas de comportamiento y la falta de un entorno protector como factores de riesgo comunes para el uso abusivo de sustancias en la adolescencia, la delincuencia, el embarazo y el abandono escolar.

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno mental que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición a uno o más eventos traumáticos (APA, 2014; Jonas et al., 2013; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014a).

Definiciones de trauma:

- Un evento que amenaza en forma significativa la seguridad de la víctima o de un ser querido o de un amigo (una amenaza física, emocional o psicológica); un evento que es sobrecogedor e impactante (APA, 2017).
- “Resultado de un evento, serie de eventos, o un conjunto de circunstancias que es experimentado por un individuo como física o emocionalmente dañino o amenazante, que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento físico, social, emocional o espiritual de la persona” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014a).

El trauma es una experiencia subjetiva, única para cada persona. Esto puede ser simple (en otras palabras, una experiencia que puede haber ocurrido en una sola oportunidad), o puede ser complejo, es decir, una serie de eventos traumáticos que han ocurrido durante un período de tiempo prolongado.

El trauma tiene un efecto directo en el cerebro de quien lo sufre, afectando principalmente la amígdala (responsable de controlar las emociones) y el hipocampo (relacionado la memoria y el conocimiento). El impacto de este evento traumático (o la serie de eventos traumáticos) en cada una de las personas estará relacionado con diversos factores individuales, entre los cuales se deben rescatar la resiliencia y la capacidad de procesar el evento por parte de ellas.

La capacidad de recuperación puede ser fomentada y apoyada por adultos afectuosos que adopten un enfoque basado en las fortalezas para fomentar y potenciar los esfuerzos de un niño o niña para hacer frente a las dificultades.

Las respuestas al trauma son provocadas inicialmente por el evento, así como por factores ambientales, tales como la existencia de otros eventos traumáticos, los sistemas de apoyo disponibles para esa persona, entre otros. Estas respuestas pueden diferir en un evento traumático, dado que la manera como se vivencian estos eventos es personal,

jugando un rol importante las habilidades de manejo del estrés, las habilidades de afrontamiento, la exposición previa al trauma, etc.

El contexto en el cual se produce la situación traumática es clave, así como los factores individuales señalados anteriormente. En este sentido, la respuesta inmediata de cada persona al trauma puede ser diferente, incluso cuando estas personas han experimentado el mismo trauma previamente. Respecto de este punto, es importante señalar que algunos profesionales pueden minimizar el efecto de aquellos eventos que ellos perciben como incidentes menores, sin tener en cuenta la experiencia subjetiva del adolescente. Cada persona hace una interpretación propia del evento traumático y reacciona de manera diferente. Si la persona usuaria está minimizando su reacción al evento, esto puede ser un mecanismo de afrontamiento, lo cual resulta aceptable.

La definición de trauma ha sido actualizada en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V). Incluye la presencia de un evento real o una amenaza de evento, incluyendo muerte, lesiones graves o violencia sexual. El trauma puede ocurrir de manera directa o indirectamente a la persona.

El DSM-V identifica cuatro tipos de exposición: experimentado directamente, presenciado, aprendido de lo sucedido a un ser querido (accidental o violento) o la exposición repetida y extrema a los detalles de un evento (no se incluye la exposición a los medios).

Si bien las estimaciones exactas de la prevalencia de trauma varían, existe consenso de que la mayoría de las personas que recurren a los servicios de salud mental son supervivientes de traumas. Por esto, es importante suponer que todas las personas que solicitan atención en el marco del tratamiento por trastornos por uso de alcohol y otras drogas tienen probabilidades de haber estado expuestos a un trauma y, por lo tanto, debieran ser evaluados en este aspecto o tratados.

En comparación con los hombres, las mujeres tienen más probabilidades de experimentar ciertos tipos de eventos traumáticos que tienen una mucha mayor probabilidad de conducir a un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Sin embargo, cuando los consultantes masculinos y femeninos experimentaron la misma categoría de evento traumático, existe un efecto pequeño a moderado que indica una mayor frecuencia o gravedad del TEPT entre los consultantes femeninos en comparación con los participantes masculinos. (Tolin, D. y Foa, E., 2006).

Es importante señalar que el impacto de los traumas durante la infancia es mayor. Dado que los niños no tienen la oportunidad de desarrollar y/o comprender estos factores de protección, es más probable que experimenten los efectos adversos del trauma, de manera más severa y con efectos más duraderos.

Además de los efectos emocionales y conductuales derivados del trauma, se ha constatado la presencia de anormalidades neurales y biológicas significativas a saber, perturbación de la memoria, anormalidades de la atención y déficit en la inhibición cognitiva. Esas anormalidades neuro-cognitivas se expresan en dificultad para recordar, dificultades para recuperar en forma controlada memorias del trauma (reexperimentación intrusiva de memorias del trauma, e inhabilidad para recordar aspectos del trauma), hipervigilancia de amenazas percibidas, y dificultades de concentración (Vasterling y Lippa, 2014).

Los investigadores señalan que los síntomas del trauma estarían relacionados con cambios inducidos por el estrés en la estructura y en la función del cerebro; el estrés induciría cambios agudos y crónicos en sistemas y regiones específicas del cerebro, que dan lugar a cambios duraderos en los circuitos implicados en la respuesta al estrés: hipocampo, amígdala y corteza prefrontal media, y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Bremner, 2006; Rasmusson y Shalev, 2014).

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (SAMHSA 2014a, 2014b), señala la importancia de desarrollar una "Atención informada/orientada por el trauma". De esta manera, las organizaciones pueden realizar una serie de actividades que les permite prepararse mejor para atender a las personas que han sido afectadas por un trauma.

Según el SAMHSA un programa, organización o sistema que está informado/orientado por el trauma ha incorporado las siguientes acciones:

- Se da cuenta del impacto generalizado del trauma y comprende los posibles caminos de recuperación;
- Reconoce los signos y síntomas del trauma en sus usuarios, las familias, el personal y otras personas involucradas en el sistema;
- Responde integrando plenamente los conocimientos sobre el trauma en sus políticas, procedimientos y prácticas;
- Trata de evitar activamente la retraumatización.

El trauma tiene un impacto a largo plazo en las personas. Por ejemplo, la mayoría de las personas tienen la capacidad de pensar linealmente con normalidad y a ser consistentes. Los sobrevivientes de traumas tienen dificultades para concentrarse, recordar y pensar de forma diferente.

La atención orientada por el trauma se basa en la comprensión de las vulnerabilidades o los factores desencadenantes en los supervivientes de traumas que los enfoques tradicionales de prestación de servicios pueden exacerbar, de manera que los servicios

puedan evitar la retraumatización. Cuando se implementa esta práctica, se es consciente de lo que es el trauma y se puede adaptar para crear un espacio seguro.

Existen algunas acciones que se pueden implementar dentro de un programa de tratamiento que pueden tener el efecto no deseado de desencadenar la retraumatización de un consultante. A saber:

- Observación de la recogida de orina;
- Evaluación/examen de información personal relacionada con el trauma;
- La presencia de “castigos/sanciones” por incumplimientos;
- Planificación del tratamiento desde el consejero (inhabilitaciones).

La base de la atención orientada por el trauma es devolver al sobreviviente una sensación de poder, lo cual suele ser contradictorio con el tratamiento clásico por consumo de drogas, que aún tiende a desempoderarlo. Algunas de las estrategias que forman parte de una organización informada sobre el trauma son:

- Crear un espacio seguro;
- Política de puertas abiertas;
- Respetar los sentimientos;
- Reconocer los síntomas;
- Proporcionar opciones siempre que sea posible.

Los sobrevivientes de un trauma pueden encontrar en algunos servicios prácticas que reflejan el poder y el control experimentados en las relaciones abusivas del pasado que causaron el trauma. En los modelos tradicionales en que se administra el tratamiento para personas con trastornos por uso de alcohol y otras drogas, la curación y la recuperación son difíciles y el riesgo de retraumatización suele estar presente de manera permanente.

Algunos principios clave de la atención informada/orientada sobre el trauma son las siguientes:

- Seguridad
- Confiabilidad
- Colaboración y Mutualidad
- Empoderamiento
- Voz y elección
- Apoyo de los compañeros
- Resiliencia y apoyo basado en las fortalezas
- Inclusión y propósito compartido

IV. PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

De acuerdo con la American Psychological Association, la práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia clínica y los valores del paciente (APA, 2006).

Mejor evidencia disponible

La American Psychological Association (APA, 2006) define este componente como: los resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de valoración (assessment), los problemas clínicos y la población estudiada, estudios de laboratorio y de campo, así como también los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados.

Competencia clínica

La competencia clínica se refiere a diversas competencias del profesional o técnico para promover resultados terapéuticos positivos (APA, 2006). Estas competencias son las siguientes:

- a) Valoración, juicio diagnóstico, formulación sistemática del caso y planificación del tratamiento (plan de tratamiento);
- b) Toma de decisiones clínicas, implementación del tratamiento y monitoreo del progreso del usuario;
- c) Competencia interpersonal (la que se refiere a la habilidad para desarrollar una alianza terapéutica sólida con el usuario y una relación de colaboración con los agentes claves de las redes comunitarias);
- d) Reflexión continua de la práctica profesional y adquisición de habilidades (lo cual implica el monitoreo continuo de los resultados del tratamiento implementado y la búsqueda y participación en entrenamiento especializado para adquirir competencias);
- e) Apropiaada evaluación y uso de la evidencia de la investigación en psicología básica y aplicada;
- f) Comprensión de la influencia de las diferencias individuales y culturales en el tratamiento;
- g) Búsqueda de recursos disponibles (es decir, gestión de redes comunitarias y solicitud de supervisión de pares o de supervisores clínicos cuando sea necesario);
- h) Poseer una lógica sólida para la implementación de estrategias clínicas.

Dominio del usuario

Esta dimensión implica considerar los valores, creencias religiosas, visión de mundo, metas y preferencias del usuario, con la experiencia del profesional o técnico y la comprensión de la investigación disponible (APA, 2006).

Para la elección e implementación del enfoque de tratamiento el profesional o técnico debiera considerar lo siguiente:

- a) Variaciones en el problema o trastorno presentado, etiología, síntomas o síndromes concurrentes;
- b) Edad cronológica, desarrollo actual, historia del desarrollo y fase de la vida;
- c) Factores culturales y familiares (género, identidad de género, origen étnico, clase social, religión, discapacidad, estructura familiar, orientación sexual);
- d) Contexto ambiental actual, estresores (desempleo, eventos recientes en la vida);
- e) Factores sociales (racismo institucional, disparidad en el acceso a los cuidados de la salud);
- f) Preferencias personales, valores y preferencias relacionadas con el tratamiento (metas, creencias, visión de mundo, expectativas respecto al tratamiento). Los valores y preferencias del usuario son un componente central de la PBE; el consultante puede tener preferencias por un tipo de tratamiento y el resultado deseado, las cuales pueden estar influenciadas por su contexto cultural y por factores personales. La práctica efectiva requiere un equilibrio entre las preferencias del usuario y el juicio del profesional —basado en la evidencia disponible y en la competencia clínica— para determinar el tratamiento más apropiado.

El National Quality Forum (NQF) en el año 2008, identifica 11 principios basados en la evidencia para el tratamiento de usuarios que presentan trastorno por consumo de sustancias. A continuación se presentan los 10 principios adecuados para esta población.

- a) Identificación de las condiciones de uso de sustancias:
 - 1) Durante los encuentros con nuevos consultantes y al menos en forma anual, se debiera pesquisar el consumo de riesgo de alcohol en los usuarios de los servicios de salud física y mental, los problemas y enfermedades del consumo de alcohol y cualquier consumo de tabaco;
 - 2) Para identificar a los consultantes que consumen drogas, los prestadores de cuidados en salud debieran emplear un método sistemático que considere la epidemiología, los factores de la comunidad y las potenciales consecuencias en la salud del consumo de drogas para esas poblaciones específicas;
 - 3) Los consultantes que tienen un tamizaje positivo —o una indicación de— un problema de consumo de sustancia o una enfermedad, debieran recibir además una confirmación diagnóstica de la presencia de un problema y determinar el diagnóstico. Los consultantes diagnosticados con un trastorno por consumo de una sustancia, debieran recibir una evaluación integral para guiar el diseño de un plan de tratamiento individualizado.
- b) Iniciación y adherencia al tratamiento:
 - 4) Todos los pacientes identificados con consumo abusivo de alcohol, según las Guías Clínicas y/o con consumo de tabaco, debieran recibir una intervención motivacional, realizada por un trabajador de la salud entrenado en esta técnica;

- 5) Los proveedores de cuidados en salud debieran promover sistemáticamente la iniciación y adherencia al tratamiento por consumo de sustancias. Los consultantes con trastorno por consumo de sustancias debieran recibir servicios de apoyo para facilitar su participación en el tratamiento;
 - 6) La farmacoterapia de apoyo debiera estar disponible y ser suministrada, para manejar los síntomas y las consecuencias adversas del síndrome de abstinencia, basado en la evaluación sistemática de los síntomas y el riesgo de consecuencias adversas graves relacionadas con el síndrome de abstinencia. El manejo de este síndrome por sí solo no constituye un tratamiento para la dependencia y debiera estar vinculado con un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.
- c) Intervenciones terapéuticas para tratar el trastorno por uso de sustancias:
- 7) Las intervenciones psicosociales validadas empíricamente debieran ser iniciadas con todos los usuarios con trastorno por uso de sustancias;
 - 8) La farmacoterapia debiera estar disponible para todos los usuarios que la requieran. Si es prescrita, debiera ser suministrada en adición y directamente relacionada con las intervenciones psicosociales, generando un tratamiento integral;
- d) Continuidad del manejo de caso para el trastorno por uso de sustancias:
- 10) A los usuarios con trastorno por uso de sustancia se les debería ofrecer un manejo de caso a largo plazo para el tratamiento del trastorno por consumo y cualquiera otra condición coexistente, y este manejo de caso debiera ser adaptado o basado en el monitoreo continuo de los progresos del paciente.

Es necesario advertir que la PBE no es un estado estático del conocimiento, sino que implica un estado en constante evolución de la información. Es decir, la nueva evidencia de la investigación clínica puede invalidar a tratamientos aceptados y reemplazarlos por tratamientos nuevos, más adecuados, eficaces y seguros. De este modo, los profesionales tienen la obligación de mantenerse informados del desarrollo de la investigación clínica, e incorporar estos avances en su práctica cotidiana (Thyer, 2004). Thyer (2004) ha descrito 5 pasos para la implementación de Prácticas Basadas en la Evidencia:

- 1) Convertir una necesidad de información en una interrogante a la cual se pueda dar una respuesta;
- 2) Buscar la mejor evidencia clínica para responder a esa interrogante. Este paso implica la búsqueda de literatura especializada de la publicación de investigaciones, ya sea en publicaciones periódicas o en textos actualizados;
- 3) Evaluación crítica de la evidencia en términos de su validez, significancia clínica y utilidad. Este paso requiere que el profesional conozca los diseños de investigación en salud mental y en intervenciones psicosociales, para que pueda valorar la calidad de la evidencia suministrada por las investigaciones consultadas;
- 4) Integración de la evaluación de la evidencia con la competencia clínica del profesional y los valores y circunstancias del usuario;

- 5) Evaluación de la efectividad y la eficiencia en la implementación del tratamiento seleccionado, y esforzarse para la mejoría del desempeño.

Los pasos descritos por Thyer (2004) son sugeridos para la implementación de enfoques de tratamiento PBE para un profesional/consejero individual. Sin embargo, en general los tratamientos para personas que presentan trastorno por uso de sustancias son provistos por programas de tratamiento de agencias u organizaciones, lo cual implica que se requiere realizar cambios significativos en la filosofía del programa, en los procedimientos, en el entrenamiento de los profesionales y en la implementación de nuevas prácticas en esa organización, si se quiere implementar prácticas o enfoques PBE (Millet et al., 2005).

Para implementar tratamientos PBE es necesario que los directivos o los profesionales de los programas de tratamiento perciban como una necesidad la modificación de sus prácticas habituales. La pregunta clave que tendría que hacerse esa organización para modificar sus prácticas es la siguiente: “¿Cuál es la efectividad (resultados) de nuestro programa?”; es decir, del total de usuarios que son referidos a nuestro programa, ¿qué porcentaje de ellos cumple con nuestros criterios para ingresar al tratamiento que proveemos? (Secade y Hermida, 2000), ¿qué porcentaje de los pacientes que ingresan a tratamiento permanecen 3 o más meses en tratamiento (Simpson, 1979, 1981) ?, ¿cuál es la tasa de abandono antes de los 2 o 3 meses?, ¿cuál es la tasa de logro terapéutico (medida según los criterios del programa, o los criterios usuales) al egreso de nuestros usuarios?

Existen publicaciones que entregan guías para la implementación de tratamientos PBE en los programas de tratamiento; por ejemplo, ATTC (2010).

Ventajas y desventajas de los tratamientos PBE

Cooney et al. (2007) han descrito las siguientes ventajas y desventajas (limitaciones) de la adopción e implementación de intervenciones de prevención o de tratamiento PBE.

Ventajas:

Se aumenta la probabilidad que el tratamiento provisto sea beneficioso.

- Aumenta la eficiencia en el uso de recursos limitados cuando se implementa un tratamiento que ha sido sometido a prueba, en comparación con la implementación de prácticas que se supone que son efectivas;
- La implementación de prácticas basadas en la evidencia puede ayudar a obtener recursos económicos de parte de quienes otorgan financiamiento al programa. Además, al implementar estrategias y programas PBE puede esperarse que la efectividad demostrada de esos programas puede facilitar la referencia de pacientes y su retención;
- Por último, como las prácticas PBE implican la medición de resultados, pueden entregar información acerca del coste-beneficio de aquellas.

Desventajas (limitaciones):

- Una limitación para la implementación de programas PBE es la inversión financiera requerida. La mayoría de los programas PBE requieren costear materiales que poseen derechos de autor y financiar el entrenamiento de los profesionales;
- Otra limitación es que un número de programas PBE requieren que sean implementados del modo que está indicado en los manuales, lo cual puede convertirse en una dificultad cuando se requiere adaptarlos a las características demográficas y culturales de los pacientes. Miller et al. (2005) sugieren la siguiente solución para esta dificultad: en ausencia de un tratamiento PBE para una población específica, es razonable comenzar con un tratamiento PBE que tiene apoyo empírico para otra población; y existe evidencia que el origen étnico diverso de los usuarios no modera los resultados de la respuesta de los individuos a los tratamientos, como se observó en el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1993);
- Por último, el desarrollo de muchos tratamientos PBE han sido financiados por agencias gubernamentales para tratar problemas específicos, pero los usuarios pueden tener más necesidades de tratamiento que las abordadas por el programa PBE, lo cual implica integrar otras prácticas para las cuales en la actualidad no existe suficiente evidencia de su efectividad.

Siempre es mejor usar prácticas que generan evidencia

A pesar de las limitaciones de los enfoques de tratamiento PBE antes mencionadas, la literatura de los tratamientos para las personas que presentan uso problemático de sustancias sugiere la implementación de tratamientos PBE. Esa sugerencia no sólo está basada en el hecho que se ha probado en forma científica que esos tratamientos son efectivos para determinadas poblaciones; los manuales de los tratamientos PBE también suministran una lógica para el tratamiento, y puede evaluarse la fidelidad con la cual los profesionales proveen el tratamiento.

Respecto al uso de enfoques de tratamiento PBE, Miller et al. (2005) se preguntan lo siguiente: “¿Cuándo debiéramos usar PBE?” Su respuesta es la siguiente: “Cada vez que sea posible”.

Esos autores sugieren la siguiente interrogante en reemplazo de la pregunta anterior: “¿Cuándo no debiéramos usar tratamientos PBE?”... “Cuando no existen tratamientos PBE disponibles”. Los autores indican las siguientes situaciones en las cuales no es posible usar tratamientos PBE:

- Cuando existe insuficiente investigación para indicar un enfoque para tratar el trastorno por uso de algunas sustancias específicas;

- Cuando el paciente presenta diversos trastornos de salud mental comórbidos, y no existe un número suficiente de investigaciones que permitan sugerir un tratamiento específico de elección. Miller et al. (2005) sugieren que en esos casos se provea en forma separada el tratamiento PBE para cada trastorno comórbido.

Finalmente, Iraurgi (en Becoña y Cortés, 2011, p. 146) plantea la siguiente reflexión:

“La cuestión es cómo conocer cuál es el recurso terapéutico más apropiado para determinado problema; cómo reconocer cuál es perfil de afectado que se adaptaría mejor a determinada línea de intervención; cómo apreciar tempranamente que la elección terapéutica adoptada es la más conveniente a ese caso. La solución, consiste en evaluar nuestras intervenciones y mostrar y debatir las evidencias alcanzadas; investigar no sólo los resultados de salud, sino también los procesos psicoterapéuticos en los cuales está la clave del éxito y del fracaso de los resultados. Y esta perspectiva de evaluación debería ser común y ser aplicada por todos y cada uno de los modelos psicoterapéuticos.”

Las organizaciones que proveen programas de tratamiento a las personas que presentan trastorno por uso de sustancias, requieren responderse a una serie de interrogantes antes de elegir un tratamiento PBE para incorporarlos en su programa. El Registro Nacional de Prácticas y Programas Basados en la Evidencia (NREPP) ha sugerido las siguientes interrogantes para las organizaciones que desean incorporar tratamiento PBE en sus programas de tratamiento.

Implementación:

- ¿Dónde será implementada la intervención? ¿En qué contexto? ¿Con qué población?
- ¿Cuáles son los desafíos para la implementación efectiva? ¿Cómo se podrían superar esos desafíos?
- ¿Puede contactarse para obtener información de dos o tres directores de programas en los cuales actualmente la intervención está en proceso de implementación?

Adaptaciones:

- ¿Esa intervención ha sido adaptada en formas que podrían ser relevantes para su implementación en un programa como el suyo (contexto del tratamiento), o con una población similar a la que es atendida en su programa?
- ¿Ha sido capaz de identificar si hay componentes “centrales” en la intervención, que debieran ser implementadas y/o debieran ser adaptadas?

Equipo (staff) de tratamiento:

- ¿Cuáles son los requerimientos del equipo de tratamiento (número y tipo)?
- ¿Cuál es la calificación mínima del equipo (grado profesional, experiencia)?
- ¿Qué métodos son usados para seleccionar a los mejores candidatos (filosofía, habilidades)?
- ¿Hay una recomendación de proporción de profesionales-usuarios?

- ¿Hay una proporción recomendada de supervisor-profesionales?

Calidad de los mecanismos de medición:

- ¿Cuáles son los componentes centrales que definen la esencia de la intervención?
- ¿Cómo están preparados los supervisores para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
- ¿Cuál es el protocolo de supervisión para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
- ¿Qué instrumentos prácticos están disponibles para evaluar la adherencia y la competencia de los profesionales en el uso de los componentes centrales de la intervención?
- ¿Qué pruebas han sido realizadas para asegurar la validez y la confiabilidad de los instrumentos de fidelidad?

Entrenamiento y asistencia técnica:

- ¿Se requiere entrenamiento antes que un programa puede implementar esta intervención?
- ¿Quién está a cargo del entrenamiento, y en qué lugar se realiza?
- ¿Será certificado el equipo profesional por su participación en el entrenamiento?
- ¿Quiénes son entrenados en forma usual (profesionales, entrevistadores que participan en la selección de personal, entrenadores del equipo profesional, supervisores/coaches, administradores de la agencia)?
- ¿Cuál es la duración del entrenamiento (horas, días)?
- ¿Se requiere o está disponible un entrenamiento continuo?
- ¿Hay asistencia en terreno de quien ha desarrollado la intervención?
- ¿Cuánto tiempo toma generalmente la implementación, con una elevada fidelidad, de la nueva intervención?

Costos:

- ¿Cuál es el costo para asegurar los servicios de quien desarrollo la intervención? ¿Qué está incluido en esos costos?
- ¿Si la intervención cuesta más de lo que me permiten mis recursos, hay una forma de implementar solamente una parte de la intervención?
- ¿Los costos incluyen posiciones salariales? ¿Equipamiento especial?

Junto con lo anterior, también es importante mencionar los enfoques o prácticas que se ha demostrado **que no son efectivas en el tratamiento de usuarios** que presentan trastorno por consumo de sustancias (Miller et al., 2006; NQF, 2008):

- Acupuntura;
- Terapia de relajación;
- Grupo de psicoeducación acerca de los riesgos y daños del consumo de drogas;
- Biblio-terapia;

- Monitoreo biológico del consumo de sustancias (es decir, control del consumo de sustancias sin realizar un tratamiento);
- Desintoxicación como único tratamiento;
- Terapia psicodinámica individual;
- Terapia de grupo no estructurada;
- Confrontación como el enfoque principal de tratamiento;
- Expulsión del programa de tratamiento en respuesta a una recaída;
- Asistencia obligada a encuentros de Alcohólicos Anónimos.
-

Prácticas recomendadas para la intervención con adolescentes con trastornos por uso de sustancias

1. *Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) - Enfoque de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes*⁹

Es utilizado en adolescentes entre 13 y 17 años y adultos jóvenes entre 18 y 25 años; hombres y mujeres; de diversos orígenes étnicos. Se recomienda en contexto ambulatorio individual.

El A-CRA es una intervención que busca ayudar a los adolescentes a lograr y mantener la abstinencia de drogas, modificando las influencias en sus vidas que refuerzan el uso de sustancias, con refuerzos familiares, sociales y educativos o vocacionales más saludables. Tras evaluar las necesidades y los niveles de funcionamiento del adolescente, el terapeuta elige entre 17 procedimientos del A-CRA, orientados a abordar la resolución de problemas, la capacidad de hacer frente a los problemas y la comunicación, y para fomentar la participación en actividades sociales y recreativas constructivas.

2. *Motivational Enhancement Therapy (MET) - Terapia de Fomento Motivacional*

Se utiliza en hombres y mujeres de 18 y más años, origen étnico no especificado. En contexto residencial y ambulatorio.

La MET es un enfoque de asesoramiento que ayuda a los adolescentes a resolver su ambivalencia sobre su participación en el tratamiento y el abandono del consumo de alcohol y otras drogas.

Este enfoque, basado en la entrevista motivacional, incluye una evaluación inicial de la motivación del adolescente para participar en el tratamiento, seguida de una a tres sesiones individuales en las que un terapeuta ayuda al consultante a desarrollar el deseo de participar en el tratamiento, proporcionando una retroalimentación sin confrontación. Siendo empático pero directivo, el terapeuta habla de la necesidad de tratamiento y trata de obtener declaraciones auto-motivadoras por parte del adolescente, de modo de fortalecer su motivación y construir un plan de cambio. Si el adolescente se resiste, el terapeuta responde de manera neutral en lugar de contradecirlo o corregirlo.

⁹ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el manual (en inglés) del modelo A-ACRA que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment):

Godley, S.; Meyers, R.; Smith, J.; Karvinen, T.; Titus, J.; Dodley, M.; Dent, G.; Passeti, L. and Kelberg, P. (2001) *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration

La MET, si bien es mejor que ningún tratamiento, por lo general no se utiliza como tratamiento independiente para los adolescentes con trastornos por uso de sustancias, sino que se emplea para motivarlos a participar en otros tipos de tratamiento.

3. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Terapia Cognitivo-Conductual*

Las estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual, o CBT, se basan en la teoría que los procesos de aprendizaje juegan un papel crítico en el desarrollo de conductas problemáticas como el consumo de drogas. Un elemento central de la CBT es enseñar a los participantes a anticiparse a los problemas y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

En la CBT, los adolescentes exploran las consecuencias positivas y negativas del uso de drogas. Aprenden a controlar sus sentimientos y pensamientos y a reconocer los patrones de pensamiento distorsionados y las señales que suelen desencadenar el uso de alcohol y otras drogas; identifican y anticipan situaciones de alto riesgo; y aplican una serie de habilidades de autocontrol, como la regulación emocional y el control de la rabia, la resolución práctica de problemas y el rechazo a las sustancias. La CBT puede ofrecerse en entornos ambulatorios en sesiones individuales o de grupo o en entornos residenciales.

4. *Contingency Management (CM) (Manejo de Contingencias)*

La investigación ha demostrado la eficacia del tratamiento utilizando refuerzos inmediatos y tangibles para conductas positivas, con el fin de modificar conductas problemáticas como el abuso de sustancias. Este enfoque, conocido como Manejo de Contingencias (CM), ofrece a los adolescentes la oportunidad de obtener incentivos de bajo costo, tales como premios o vales en efectivo (para alimentos, pases de cine y otros bienes personales), por su participación en el programa de tratamiento de drogas, lograr objetivos importantes del tratamiento y no consumir drogas.

El objetivo del CM es debilitar la influencia del refuerzo obtenido del uso de drogas y sustituirlo por un refuerzo relacionado con actividades más saludables y la abstinencia de alcohol y otras drogas.

5. *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users and Other Substances Users (MET/CBT) (Terapia de Fomento Motivacional y Terapia Cognitivo-Conductual para Adolescentes con Consumo de Cannabis y otras Sustancias)*¹⁰

¹⁰ Se puede descargar en forma gratuita de la Web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (Cannabis Youth Treatment):

Sampl, S. and Kadden, R. (2001) Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services

Se utiliza con hombres y mujeres adolescentes de 13 a 17 años. En modalidad ambulatoria.

Este enfoque de tratamiento fue desarrollado como parte del proyecto CYT (Cannabis Youth Treatment). Es una intervención que se compone de 2 sesiones individuales iniciales de Terapia de Fomento Motivacional; seguida de 3 sesiones grupales con orientación cognitivo-conductual, cuyo objetivo es el fomento de habilidades para afrontar sus problemas y sus necesidades, sin que tengan que consumir cannabis o alcohol.

6. Behavioral Therapy for Adolescents (Terapia Conductual para Adolescentes)

Este tratamiento está basado en el enfoque del condicionamiento operante, es decir, los comportamientos son aprendidos y mantenidos según sus consecuencias. Las actividades terapéuticas se implementan en sesiones individuales, e incluyen tareas específicas, ensayo conductual de comportamientos deseados, registro y revisión del progreso del tratamiento, con acceso a felicitaciones y privilegios cuando se alcanzan las metas asignadas. Se monitorea en forma regular el consumo de drogas por medio de test de orina.

La meta del tratamiento es que el adolescente logre control sobre su comportamiento, para que logre la abstinencia de drogas y puede mantener la abstinencia después de la finalización del tratamiento.

7. Community Reinforcement Approach (CRA) with Vouchers (Enfoque de Reforzamiento Comunitario con Vales [vouchers])

Se utiliza en contexto ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento consiste en el enfoque CRA —enfoque de consejería individual, que incluye un club de trabajo, consejería matrimonial, entrenamiento en prevención de recaídas, y disulfiram (para los consumidores dependientes de alcohol) — al cual se ha añadido un componente de Manejo de Contingencias (CM), en la forma de un programa de vales que se cambian por dinero según las muestras de orina negativa del usuario.

El tratamiento se realiza en 2 sesiones de consejería individual durante las semanas 1 a la 12, y una sesión semanal en las semanas 13 a la 24.

8. Seeking Safety: A Psychotherapy for Trauma/PTSD and Substance Abuse (Buscando seguridad: Psicoterapia para Trauma/Trastorno por Estrés Postraumático y Abuso de Sustancias)¹¹

Se utiliza en personas con una historia de trauma, pero cuyos síntomas no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático. Aplicándose en modalidad ambulatoria.

¹¹ Puede descargarse en forma gratuita de la Web un artículo de L. Najavits ("Implementing Seeking Safety therapy for PTSD and substance abuse: Clinical Guidelines") en el cual la autora describe el enfoque, y menciona los recursos para la implementación del mismo: <http://www.bhrm.org/media/pdf/guidelines/PTSD.pdf>

Este tratamiento —de orientación cognitivo-conductual— es provisto por medio de un manual, que tiene hojas de trabajo para el usuario y guías para el terapeuta. Es un programa flexible, que puede ser implementado en sesiones individuales o grupales, en las cuales se tratan 25 temas.

9. Chestnut Health System-Bloomington Adolescent Outpatient (OP) and Intensive Outpatient (IOP) Treatment Model (Modelo de Tratamiento del Sistema de Salud Chestnut-Bloomington para Adolescentes en Tratamiento Ambulatorio y en Tratamiento Ambulatorio Intensivo)

Se utiliza con hombres y mujeres adolescentes de 13-17 años y adultos jóvenes 18-25 años, y se aplica en contexto ambulatorio.

Es un programa de tratamiento provisto en horario vespertino o matutino, que integra cuatro enfoques terapéuticos (rogeriano, conductual, cognitivo y de realidad), que es entregado en sesiones de grupo. Se compone de dos tipos de intervenciones principales: construcción de habilidades y consejería grupal.

Prácticas recomendadas para la intervención con jóvenes (mayores de 18 años) con trastornos por uso de sustancias

10. Motivational Interviewing (MI) (Entrevista Motivacional)¹²

Se aplica en contexto ambulatorio.

La MI es un estilo de consejería orientado a metas, centrado en el usuario, para extraer cambios conductuales al ayudar al usuario a explorar y resolver su ambivalencia. Este enfoque ha sido aplicado en un amplio rango de problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas, la promoción de la salud, adherencia al tratamiento médico, y problemas de salud mental.

11. Matrix Model (Modelo Matrix)

Se aplica en hombres y mujeres de 18 a 55 años, en contexto ambulatorio.

Este es un enfoque de tratamiento que es provisto en intervenciones grupales, en un período de 16 semanas, consistente en sesiones de prevención de recaídas, educación,

¹² El manual más reciente de Miller y Rollnick se encuentra publicado en castellano: Miller, W. y Rollnick, S. (2015) La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Tercera Edición. Ed. Paidós, Barcelona

Se pueden descargar en forma gratuita de la Web los siguientes recursos:

Gallon, S., Martino, S., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., y Hausotter, W. (2006) Avalúo de Entrevista Motivacional: Herramientas de Supervisión para Aumentar el Aprovechamiento. Salem, OR: Centro de Transferencia en Tecnología de Adicción "Northwest Frontier", Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Universidad de Salud y Ciencia de Oregon

Miller, W. (Dir.) (1999) Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias. Serie de Protocolo para mejorar el tratamiento (TIP) No 35. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU

apoyo social; consejería individual y test de orina. El profesional actúa en forma simultánea como un profesor y un coach, que fomenta una relación terapéutica positiva.

12. *Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Terapia Conductual Dialéctica)*

Se aplica en hombres y mujeres de más de 18 años, en contexto de internación, y ambulatorio.

Este es un tratamiento cognitivo-conductual que presenta dos características principales: resolución conductual de problemas y estrategias basadas en la aceptación. “Dialéctico” se refiere a los problemas implicados en el tratamiento de usuarios que presentan trastornos múltiples y el tipo de procesos del pensamiento y estilos conductuales usados en las estrategias de tratamiento. El tratamiento DBT da énfasis a un cambio conductual equilibrado, solución de problemas, y regulación emocional, mindfulness y aceptación de los usuarios.

Este enfoque tiene cinco componentes: (1) entrenamiento en habilidades; (2) fomento motivacional; (3) generalización (acceso al terapeuta fuera del setting clínico, el hogar e inclusión de la familia en el tratamiento), (4) estructuración del ambiente; y (5) capacidad y fomento motivacional de los terapeutas.

13. *Supportive-Expressive Psychotherapy (SE) (Psicoterapia de Apoyo Expresivo)*

Se aplica en hombres y mujeres adultas de más de 18 años en contexto ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento, de orientación analítica focal, ha sido adaptado para usuarios dependientes de cocaína o heroína. Posee dos componentes principales: (a) uso de técnicas de apoyo para que los usuarios se sientan cómodos al conversar de sus experiencias personales; y (b) uso de técnicas expresivas para ayudar al usuario a comprender sus pautas de relación interpersonal problemáticas, para que pueda trabajarlas en el contexto de la relación con el terapeuta.

14. *Twelve Steps Facilitation Therapy (TSF) (Terapia de Doce Pasos)*

Se aplica en hombres y mujeres adultas de más de 18 años; en contexto del tratamiento de internación y ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento es una intervención breve y estructurada (12 a 15 sesiones individuales o grupales), implementada por medio de un manual, que está basada en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Las metas generales de la intervención son las siguientes: (a) aceptación de la necesidad de la abstinencia; (b) la voluntad de participar activamente en reuniones de Alcohólicos Anónimos para mantener la abstinencia.

El manual de este enfoque incorpora el material originalmente desarrollado para el Proyecto MATCH.

15. *ModerateDrinking.com and Moderation Management (BeberModerado.com y Gestión de la Moderación)*

Se utiliza en hombres y mujeres de 18 y más años, en el contexto del hogar.

BeberModerado.com (MD) y Gestión de la Moderación (MM) son dos intervenciones complementarias online, diseñadas para bebedores de riesgo no dependientes, que quieren reducir el número de días en los cuales beben, disminuir la cantidad de bebida cuando beben, y reducir los problemas asociados al alcohol. La intervención MD es un programa de entrenamiento online de habilidades de auto-control; y la intervención MM es un grupo de apoyo online.

16. *Brief Strengths-Based Case Management for Substance Abuse (SBCM) (Manejo de Caso para el Abuso de Drogas Basado en Fortalezas)*

Se aplica en hombres y mujeres de más de 18 años; en contexto de Hospital, Residencial, Ambulatorio.

El SBCM es una intervención de servicio social cara-a-cara, que tiene como objetivo reducir las barreras y el tiempo para el ingreso a tratamiento, y mejorar el funcionamiento del usuario. Este enfoque se diferencia del manejo de caso usual en el uso de una perspectiva de fortalezas. El administrador de caso ayuda al usuario a identificar sus habilidades personales, lo apoya en la toma de una decisión respecto al tratamiento y para que formule metas para el tratamiento y los métodos para alcanzarlas; fomenta la participación del usuario en la búsqueda informal de tratamiento y lo ayuda a resolver barreras para el ingreso a tratamiento. El administrador de caso también puede abogar por un cupo en un programa de tratamiento que se adapta a las necesidades del usuario. La duración de este enfoque de administración de caso es de 5 sesiones, con una duración de 90 minutos cada una.

17. *TCU Institute of Behavioral Research, Mapping-Enhanced Counseling (Consejería con Ayuda de Mapeo del TCU Instituto de Investigaciones Conductuales de la Universidad Cristiana de Texas, TCU)*¹³

Se aplica en hombres y mujeres de 18 o más años, en contexto residencial, ambulatorio. El mapeo es una técnica o un recurso para el tratamiento, y no un tratamiento propiamente tal. Consiste en el uso de recursos visuales (recuadros unidos por líneas) para ayudar a revisar los problemas y planificar estrategias para la recuperación. Se usan 3 tipos de mapas: mapas libres (que resumen los tópicos abordados en una sesión de consejería individual); mapas-guía (mapas preparados de antemano según el objetivo de la sesión terapéutica) que pueden ser usados en sesiones de consejería individual o grupal; y mapas informativos que se usan en intervenciones de psico-educación.

18. *CHOICES: A Program for Women About Choosing Healthy Behaviors (OPCIONES: Un Programa para que las Mujeres Elijan Comportamientos Saludables)*

Se aplica en mujeres entre 18 y 55 años, en contexto residencial y ambulatorio.

¹³ Los recursos (en inglés) para la implementación de la técnica de mapeo, pueden descargarse en forma gratuita del sitio Web www.ibr.tcu.edu

Este programa tiene como objetivo disminuir el riesgo de exponer al alcohol al feto si se embarazan. Es una intervención breve diseñada para mujeres no embarazadas que se encuentran en edad fértil, que no usan métodos anticonceptivos en los encuentros sexuales con la pareja y que presentan consumo de alcohol de riesgo. La meta de la intervención (de 45 minutos) es que las mujeres usen métodos anticonceptivos o que disminuyan su consumo de alcohol; y asistan a sesiones de consejería para el uso de anticonceptivos.

La intervención está basada en la Entrevista Motivacional y en el enfoque Transteórico del cambio de comportamientos.

Enfoques familiares (ibe) recomendados para la intervención con adolescentes con trastornos por uso de sustancias.

19. Brief Strategic Family Therapy (BSFT) (Terapia Familiar Estratégica Breve)

Se aplica en niños y niñas de 6 a 12 años, y adolescentes hombres y mujeres de 13 a 17 años; en contexto ambulatorio.

La Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT) está diseñada para:

- (1) Prevenir, reducir y/o tratar los problemas de comportamiento de los adolescentes, tales como el uso de drogas, problemas de conducta, delincuencia, comportamiento sexualmente riesgoso, comportamiento agresivo/violento y asociación con compañeros antisociales;
- (2) Fortalecer los comportamientos prosociales, tales como la asistencia y el desempeño escolar; y
- (3) Mejorar el funcionamiento de la familia, incluyendo el liderazgo y manejo efectivo por parte de los padres, la crianza positiva y la participación de estos con el niño y sus compañeros, y la escuela.

20. Family Behavior Therapy (FBT) (Terapia Familiar Conductual)

Se aplica en hombres y mujeres de 13 o más años, en contexto de internación, ambulatorio.

La Terapia Familiar del Comportamiento (FBT) es un tratamiento conductual ambulatorio que tiene como objetivo reducir el consumo de drogas y alcohol en adultos y adolescentes, junto con trastornos concurrentes comunes tales como la depresión, la desavenencia familiar, la asistencia a la escuela y al trabajo, y los problemas de conducta en los adolescentes.

Este enfoque de tratamiento debe sus fundamentos teóricos al Enfoque de Refuerzo de la Comunidad (CRA) e incluye un método validado para mejorar el ingreso y la participación. Los participantes asisten a las sesiones de terapia con al menos una persona significativa, normalmente un padre.

21. Functional Family Therapy for Adolescent Alcohol and Drug Abuse (Terapia familiar funcional para adolescentes con abuso de alcohol y drogas)

Se aplica en hombres y mujeres de 13 a 25 años, contexto ambulatorio.

La intervención se basa en la teoría de sistemas familiares (es decir, todos los miembros de la familia están conectados a través de un sistema de relaciones superpuestas y entrelazadas) y considera el problema de abuso de sustancias de un adolescente en el contexto más amplio de los patrones de interrelación disfuncionales dentro de la estructura social de la familia.

Al involucrar a toda la familia, así como al adolescente, la Terapia Familiar Funcional para el Abuso de Alcohol y Drogas en el Adolescente tiene como objetivo reducir el abuso de sustancias por parte de este, disminuir su comportamiento delictivo y aumentar la cohesión familiar a través de mejoras en los patrones de interacción familiar y en las relaciones entre padres y adolescentes. La intervención utiliza un enfoque terapéutico basado en las fortalezas, sin juzgar, que integra las estrategias cognitivo-conductuales dentro de un modelo sistémico familiar integral.

22. Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Terapia familiar multidimensional)

Se aplica en niños y adolescentes de 6 a 17 años, en contexto ambulatorio.

La Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) es un programa integral y multisistémico de hospitalización parcial (tratamiento diurno) o ambulatorio basado en la familia, para adolescentes que abusan de las sustancias, aquellos que presentan trastornos mentales concurrentes al uso de sustancias, y aquellos con alto riesgo de abuso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas, como los trastornos de conducta y la comisión de delitos. Trabajando con el adolescente y su familia, este enfoque ayuda al adolescente a desarrollar habilidades más efectivas para enfrentar y resolver problemas, para mejorar su capacidad de tomar decisiones y ayuda a la familia a mejorar el funcionamiento interpersonal, como un factor de protección contra el abuso de sustancias y otros problemas relacionados.

23. Multisystemic Therapy (MST) (Terapia Multi-Sistémica)

MST trabaja con personas que presentan conflicto con la justicia, de 12 a 17 años que tienen un historial muy largo de arrestos.

La terapia multisistémica (MST) aborda la naturaleza multidimensional de los problemas de comportamiento en adolescentes. El tratamiento está centrado en los factores de la red social de cada adolescente que contribuyen a su comportamiento antisocial.

Los objetivos principales de los programas de MST son disminuir los índices de comportamiento antisocial y otros problemas clínicos, mejorar el funcionamiento (por ejemplo, las relaciones familiares, el rendimiento escolar) y lograr estos resultados con un ahorro de costos al reducir el uso de colocaciones fuera del hogar como el encarcelamiento, el tratamiento residencial y la hospitalización. El objetivo final de la MST es habilitar a las familias para que construyan un entorno más saludable mediante la movilización de los recursos existentes en los niños, la familia y la comunidad.

24. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (Reforzamiento comunitario y entrenamiento de la familia)

Se aplica en hombres y mujeres, desde los 13 a más de 55 años; en contexto ambulatorio.

Este enfoque es una intervención diseñada para ayudar a los miembros de la familia de un consumidor abusivo de alcohol a drogas, y facilitar que éste ingrese a un tratamiento. Esta intervención provista en 12 a 14 horas de consejería, con una frecuencia de 2 veces a la semana, tiene como objetivo influir en los miembros de la familia para que modifiquen su estilo de interacción con el miembro de la familia que abusa de sustancias; y empoderar a los miembros de la familia en su relación con ese miembro de la familia. Este enfoque integra el estilo de comunicación de la Entrevista Motivacional con técnicas conductuales, como el análisis funcional de la conducta.

25. *Family Support Network for Adolescents Cannabis Users (FSN) (Red de apoyo familiar para adolescentes consumidores de cannabis)*

Se aplica con adolescentes y su familia, en contexto ambulatorio o Ambulatorio Intensivo.

Este enfoque de tratamiento forma parte de los estudios del CYT (Cannabis Youth Treatment). Es un tratamiento diseñado para ser implementado en forma conjunta con cualquier tratamiento estándar para adolescentes. En el estudio CYT fue implementado en forma conjunta con la terapia grupal MET/CBT 12 (Terapia de fomento motivacional/Terapia cognitivo-conductual provista en 12 sesiones).

Las metas del FSN son mejorar los resultados del tratamiento de adolescentes, por medio de: (a) incorporar a la familia en el proceso de tratamiento; (b) fomentar un buen funcionamiento de la familia, a través de la comunicación y la construcción de una relación positiva; (c) mejorar la efectividad de los padres para tratar con el abuso de sustancias y los comportamientos que acompañan al consumo de drogas; y (d) evaluar el compromiso de la familia con el proceso de recuperación y sugerir cambios en la forma que la familia afronta los problemas.

26. *Family Integrated Transitions Multisystemic Therapy (MST-FIT) (Terapia familiar multisistémica integrada a transiciones)*

Se aplica en hombres y mujeres adolescentes de 13-17 años, en contexto del hogar.

La MST-FIT es una versión enriquecida de la Terapia Multisistémica, que es provista en el formato de un manual y diseñada para responder a una amplia variedad de necesidades biopsicosociales de adolescentes que presentan trastornos mentales concurrentes y trastorno por consumo de sustancias. Está dirigida a adolescentes y sus familias que se encuentran en transición desde programas de tratamiento residencial o de tratamiento recibido en un establecimiento correccional. Las metas primarias de este enfoque es disminuir la tasa de comportamientos antisociales y otros problemas clínicos, para prevenir el reingreso de los adolescentes a tratamiento residencial o que sean encarcelados.

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Relación Terapéutica

La vinculación es un proceso de construcción de un lazo emocional que caracteriza el mundo relacional de las personas.

El vínculo terapéutico tiene una gran relevancia en el logro de los cambios que puede experimentar un niño, niña o adolescente, facilitando principalmente el cambio emocional y concretamente los aspectos relacionados al enganche, apoyo, acogida y empatía. Es fundamental que este cambio se dé en un contexto caracterizado por un ambiente relacional facilitador.

De acuerdo a Barudy, una relación terapéutica tiene las siguientes características:

- a) Estructura: la o el terapeuta debe promover una relación nutricia y estructurante, de manera que la estructura permite que la relación sea predecible y consistente, permitiendo al niño, niña y adolescentes sentirse seguro, protegido y confiado. A la vez, la estructura debe ser suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades de cada persona;
- b) Sensibilidad: el o la terapeuta debe ser sensible a las necesidades, sentimientos y funcionamiento interno de cada niño, niñas o adolescente;
- c) Empatía: el o la terapeuta debe ser capaz de ponerse en el lugar del otro, siendo cálido, receptivo y mostrando una actitud de cuidado hacia el otro;
- d) Afecto positivo: el o la terapeuta debe mantenerse en una actitud positiva, principalmente cuando la otra persona está actuando su sufrimiento, sin identificarse con lo agresivo o destructivo que pueda expresar la persona, modelando el desarrollo de afectos positivos;
- e) Apoyo: el o la terapeuta provee una ayuda temporal externa, ajustada a las necesidades y capacidades de cada uno;
- f) Reciprocidad: el o la terapeuta promueve en la persona una relación recíproca de respeto y sensibilidad mutua;
- g) Amor: referido a la habilidad de sentir un cuidado especial y genuino y un compromiso con otro ser humano.

Desde esta perspectiva, el vínculo terapéutico cumpliría las siguientes funciones: entrega soporte, tranquiliza, reorganiza, conecta recursos internos y externos, cambia el locus de control, permite abordar los patrones de conducta del otro, posibilita el surgimiento de la confianza y la bondad básica.

2. Trabajo en Red

Se plantea que el desarrollo, articulación y fortalecimiento de vínculos entre los distintos equipos, organismos e instituciones sociales en una red que permita apoyar y

complementarse en la intervención, será de especial importancia en el abordaje y desarrollo del proceso de tratamiento para población en alta vulnerabilidad social, ya que permite acercar las diversas alternativas necesarias para la integración social de las personas con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades. En particular, la articulación con la red de salud, equipos SENAME u otros implica el desarrollo de acciones coordinadas que potencien el impacto de las intervenciones.

El trabajo en red implica para los equipos de intervención asumir el desafío de situar a la persona usuaria en el centro de una trama de intervenciones diversas; que surgen de la naturaleza de cada institución.

3. Modelo y estrategia que sustentan la intervención motivacional

a. Modelo Transteórico

Para comprender los comportamientos del consumo de sustancias y las dificultades que las personas presentan para abandonar conductas que ponen en riesgo su salud, el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar, lo que facilita la intervención de los equipos de salud. En la medida que el profesional o técnico logra identificar el estadio motivacional que presenta una persona en un momento dado, puede desarrollar estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención. En esta ocasión, es necesario considerar las características de la población a la cual irán dirigidas estas estrategias, en tanto los adolescentes presentan variaciones frecuentes en sus estados afectivos y motivacionales propios de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que el modelo transteórico representa un marco de referencia y debe ser utilizado con flexibilidad al momento de aplicar a los adolescentes o a lo menos debe re-evaluarse el estadio motivacional cada vez que se toma contacto con el/la joven de manera de verificar cada vez cuál es su disposición motivacional.

Este modelo pretende cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de dependencia (o la conducta que sea necesario cambiar), hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención). La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el usuario, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

b. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una forma de intervención psicosocial, destinada a facilitar que las personas modifiquen sus hábitos o conductas.

Se define como “un estilo de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión”¹⁴.

Esta estrategia es coherente con las características de los adolescentes y con la necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, así como de hacer un proceso reflexivo, conectando con sus propias motivaciones y argumentos para la generación de los cambios.

Su fundamento teórico asume que la persona se encuentra en ambivalencia respecto de su decisión de cambio, por lo que el profesional implementa un estilo empático, desarrolla las discrepancias de manera no confrontacional y estimula la autoeficacia¹⁵.

La ambivalencia que experimenta la persona que se propone hacer un cambio, es la pieza nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. Y la entrevista motivacional -un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos- es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a las personas en su motivación hacia el cambio.

c. Prevención de recaídas

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para consumidores problemáticos de cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Las personas aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas. Las estrategias se focalizan en el fortalecimiento del autocontrol. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos de consumo lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de droga y el desarrollo de estrategias para que la persona.

Modelo Ocupación Humana.

Sus conceptos abordan la motivación para la ocupación, la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, la naturaleza del desempeño experimentado y la influencia del ambiente sobre la ocupación. Sus premisas son las siguientes¹⁶:

¹⁴ MINSAL, 2015. Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.

¹⁵ CONACE, 2018. Niños, niñas y adolescentes: tratamiento de drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para la población infantoadolescente y sus especificidades.

¹⁶ Programa Aplicación del enfoque del Modelo de Ocupación Humana en programa de tratamiento de drogas y alcohol para adolescentes infractores de ley, usuarios del PAI Luis Cárdenas, Corporación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) Chile de la comuna de Valparaíso – Chile.

- El comportamiento es dinámico y dependiente del contexto. Vale decir, las características de una persona interactúan con el ambiente para crear una red de condiciones que influyen en la motivación, las acciones y el desempeño.
- La ocupación resulta esencial para la autoorganización. Es decir, al hacer cosas, las personas mantienen o modifican sus capacidades y generan experiencias continuas que afirman o remodelan su motivación. Por lo tanto, las características de las personas reflejan lo que han hecho en el pasado. El modelo considera el tratamiento como un proceso por el cual las personas son ayudadas a hacer cosas para modelar sus capacidades, auto conceptos e identidades.

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) se articula alrededor del concepto de "Comportamiento Ocupacional", el cual se clasifica en diferentes áreas: autocuidado, productividad y ocio, tiempo libre y juego. El comportamiento ocupacional se iría desarrollando a través de la vida de una persona, hasta lograr un equilibrio ocupacional sano.

Este modelo entiende la conducta ocupacional de una persona como consecuencia de la interacción entre el sistema humano, la tarea y el entorno, lo cual genera una red de condiciones ocupacionales que aguantan al comportamiento ocupacional. Además, este comportamiento ocupacional es fluido e imprevisible.

El *entorno* es considerado desde un punto de vista amplio, integrando diversos niveles que se organizan jerárquicamente (objetos, eventos, entorno físico, grupos sociales y cultura). El entorno puede favorecer o limitar las oportunidades para que el comportamiento ocupacional se produzca. Este modelo, asume que la ocupación que desempeña un individuo junto con el entorno en el cual la desarrolla, tienen el mismo peso que los motivos o las capacidades subyacentes para explicar de qué forma la persona puede desempeñar tal ocupación. Junto con esto, plantea los siguientes postulados (3)¹⁷:

- Las características de la persona y del entorno se unen en un todo dinámico.
- La ocupación refleja la influencia de las características de la persona y el medio ambiente.
- Las capacidades, motivaciones y patrones de desempeño se mantienen y varían en función de su participación en ocupaciones.

Este modelo da importancia a la motivación de cada sujeto por desempeñar una ocupación, el patrón de vida ocupacional, la dimensión subjetiva del desempeño y la influencia que tiene el ambiente sobre la ocupación¹⁸.

¹⁷ Máster Universitario en Drogodependencias. Terapia Ocupacional Aplicada al Ámbito de las Drogodependencias: Tratamiento y Recaída están Ligados cuando no se Acompaña de la Ocupación. Víctor Amor Rodríguez.

¹⁸ Revista Chilena de Terapia Ocupacional ISSN 0719-5346 Vol. 15, N°2, diciembre 2015 Contexto y elecciones ocupacionales de adolescentes que se identifican como homosexuales Camila Avillo G.2, Binti Barrientos B.3, Jacinta Fernández P.4, Constanza Matus B.5, Constans Olivares O.6, Rodolfo Morrison J7.

Este Modelo, propuesto por Kielhofner G., conceptualiza al ser humano como un ente formado por tres elementos^{19 20}:

1. La Volición: hace referencia a las disposiciones emocionales y cognitivas respecto a las ocupaciones (valores, disfrute y competencia al desempeñarlas), así como a las disposiciones que se adquieren mediante la práctica permitiendo anticipar experiencias futuras que genera cada persona como actor en el mundo. Kielhofner la define como "un conjunto de disposiciones y autoconocimiento que predispone y permite a las personas anticipar, elegir e interpretar el comportamiento ocupación". La volición es clasificada en tres subsistemas:
 - a. Causalidad Personal: autoconocimiento de las propias capacidades y eficacia en las ocupaciones (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento).
 - b. Valores: creencias o ideas que las personas mantienen acerca de lo que es deseable, apropiado, bueno o malo, en su entorno cultural; estas creencias, en tanto son relevantes para el individuo, dirigen su conducta hacia metas.
 - c. Intereses: placer o satisfacción en el desempeño de ocupaciones.
2. Habitación: es el proceso mediante el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas²¹. Kielhofner G., describe dos conceptos para explicar la habitación:
 - a. Hábitos: tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares;
 - b. b) roles: concepto que emerge del reconocimiento de una identidad social particular y de las obligaciones personales relacionadas. junto con las consiguientes actitudes y comportamientos que conlleva.
3. Capacidad de Desempeño: tiene que ver con las habilidades físicas y mentales que se utilizan en el desempeño de una ocupación con propósito. Estas dependen de los siguientes aspectos:
 - a. Los componentes objetivos: físico (sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema cardiopulmonar); y, mental (habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social).
 - b. La experiencia subjetiva.

El ambiente (físico y social) y la cultura impactan en la persona, otorgando gran influencia en sus ocupaciones. Todos estos componentes se interrelacionan entre sí dando lugar al comportamiento ocupacional.

¹⁹ Máster Universitario en Drogodependencias. Terapia Ocupacional Aplicada al Ámbito de las Drogodependencias: Tratamiento y Recaída están Ligados cuando no se Acompaña de la Ocupación. Víctor Lamor Rodríguez.

²⁰ Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones G. ROJO MOTA Trastornos Adictivos. 2008;10(2):88-97.

²¹ Guzmán, M., & Reyes, M. (2016). Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones. Revista Ocupación Humana, 16 (1), 44-55.

El proceso de diagnóstico es permanente durante la intervención con el consultante. Elaborar el Diagnóstico ocupacional considera los siguientes aspectos)²²:

- Comprender el perfil ocupacional de la persona que permita enfocar las áreas específicas de la ocupación y sus contextos que requieren ser abordadas;
- Observar el desempeño de la persona en ocupaciones y necesidades y actividades deseadas, prestando atención a la efectividad en el desempeño de habilidades y patrones de desempeño;
- Interpretar datos de las evaluaciones para identificar aspectos que apoyan o entorpecen el desempeño; y
- Desarrollar hipótesis acerca de las fortalezas y debilidades en el desempeño ocupacional de la persona.

A nivel de metodología de tratamiento, el MOHO propone una metodología integral que incorpore los diferentes componentes implicados en el desempeño ocupacional de la persona. Postula, que todos los cambios son impulsados por la implicación y participación de la persona en ocupaciones. Dicho de otra forma, los individuos que forman parte de un proceso terapéutico hacen, piensan y sienten bajo ciertas condiciones ambientales, aquellas en las que se desarrolla la intervención terapia ocupacional. Es decir, la terapia ocupacional se conceptualiza como un proceso mediante el cual las personas participan en ocupaciones que dan forma a sus habilidades, moldean sus rutinas de hacer y generan los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos.

Desempeño ocupacional de adolescentes con trastornos por uso de sustancias

En relación con los adolescentes, Kielhofner (2004, citado en 1)²³, señala que esta etapa se caracteriza por un impulso creciente para el desarrollo de la autonomía, por lo cual deben aprender a realizar exitosamente elecciones de actividad y ocupacionales que les entreguen satisfacción personal y significado, mientras cumplen las expectativas ambientales en expansión.

Algunos estudios ²⁴ han encontrado un alto nivel de disfunción ocupacional en las áreas de identidad ocupacional, competencia ocupacional y ambientes de comportamiento ocupacional. Asimismo, se observarían dificultades en la estructuración de rutinas, en el cumplimiento de las demandas y expectativas de sus roles ocupacionales y la presencia de factores de riesgo hacia el consumo de sustancias. Esto, permitiría afirmar que el

²² Programa Aplicación del enfoque del Modelo de Ocupación Humana en programa de tratamiento de drogas y alcohol para adolescentes infractores de ley, usuarios del PAI Luis Cárdenas, Corporación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) Chile de la comuna de Valparaíso – Chile

²³ Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores y en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona.

²⁴ Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores y en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona.

consumo de sustancias psicoactivas influye en el comportamiento ocupacional del adolescente ²⁵.

Otro estudio realizado con adolescentes escolarizados que usan sustancias (5), señala que estos jóvenes presentan una historia ocupacional disfuncional, la cual se encontraría tanto en la identidad como en la competencia ocupacional y los ambientes de comportamiento ocupacional. Ahora bien, aun cuando las diferentes esferas relacionadas con el desempeño ocupacional se encontrarían con algún nivel de disfunción o dificultad, fue posible identificar en las escalas algunos aspectos funcionalmente competentes y otros que eran más disfuncionales, y aspectos que se encontraban menos alterados que otros y que se debieran favorecer.

De acuerdo con Farías et al (2010, citado en 5)²⁶, cuando existe un trastorno por uso de sustancias en el adolescente, éste realizaría una elección equivocada de las ocupaciones, las cuales pueden encontrarse por sobre o bajo de sus habilidades, lo cual puede evocar frustración o un bajo nivel de satisfacción en la actividad. En este sentido, al no realizar una correcta elección de sus ocupaciones en relación con sus habilidades, no habrían encontrado significado y satisfacción en su estilo de vida, lo cual incidiría en responsabilizar a otros de sus fracasos y sentimientos de frustración al no alcanzar lo que deseaban.

En el estudio citado ²⁷ los adolescentes logran cumplir con las expectativas de algunos roles y con sus estándares personales, pero en algunas ocasiones se evidencian dificultades para sentirse satisfechos con su estilo de vida pasado, lo cual les impide alcanzar estos estándares. Además, existiría falta de motivación para remediar sus errores.

IV. Trayectoria de la atención

La trayectoria de la atención es el camino que todo usuario debería recorrer al solicitar e ingresar a tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas. En la trayectoria de atención existen ciertos procesos clínicos claves, considerados críticos para el ingreso y mantención en tratamiento y la obtención de mejores resultados en el tratamiento.

Estos procesos claves son:

- a) Recepción
- b) Evaluación inicial
- c) Evaluación integral
- d) PTI y actualizaciones
- e) Egreso

²⁵ Barrera, C., Camaro, M., Contreras, M., Jaimes, M; Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores y en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Pamplona

²⁶ Arcos, A., Jurado, o., Mojombay, Á., Ramos, M. y Santacruz, K. (2016). Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas escolarizados de Pasto. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 3(1), 183-197

²⁷ Arcos, A., Jurado, o., Mojombay, Á., Ramos, M. y Santacruz, K. (2016). Comportamiento ocupacional en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas escolarizados de Pasto. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 3(1), 183-197.

f) Seguimiento

A continuación se describe cada uno de ellos.

a) Recepción

El contacto inicial es central y contribuye a disminuir las barreras de acceso a tratamiento, favoreciendo la oportunidad de tratamiento. Hacer accesible el servicio es central para una atención efectiva.

Para asegurar que este sea un proceso adecuado, es muy importante que la persona que lo realice cuente con habilidades y conocimientos que le permitan efectuar una buena acogida, empática y amable, entregando información y orientación pertinente y motivando a que la persona asista a una primera entrevista.

En el caso de la población infantoadolescente, es frecuente que sea otra persona, familiar o adulto significativo, quien consulte. En estos casos es fundamental realizar una recepción acogedora y adecuada tanto para el adulto como para el niño, niña o adolescente.

Para ello es importante que las instituciones cuenten con personal con competencias para cumplir esta labor.

En este marco, es relevante que cada equipo desarrolle y protocolice procedimientos orientados a favorecer una buena recepción.

Algunas sugerencias para incorporar en estos procedimientos se encuentran en el documento "Prácticas técnicas administrativas que fomentan el acceso y retención en el tratamiento" (SENDA, 2017).²⁸, disponible en:

b) Evaluación inicial (evaluación y confirmación diagnóstica):²⁹

Esta etapa del proceso corresponde, en muchos casos, a la primera intervención que realiza el equipo clínico con la persona consultante, por ende, es un momento crítico para la generación de una alianza terapéutica que facilite la adherencia a un programa.

El objetivo principal de esta intervención será determinar la presencia de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, indagar en la motivación para el tratamiento e identificar el nivel de severidad y/o urgencia del problema y el servicio requerido. Dependiendo del resultado de la evaluación inicial, se podrá ofrecer a la persona ingresar a atención en el mismo programa o bien ser referido a otro dispositivo.

Quien efectúe la evaluación deberá tener en consideración que es posible que las personas hayan sido referidas por otros equipos, contando con un tamizaje y/o evaluación previa cuyos resultados podrán integrar en este proceso.

²⁸ <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prácticas%20Técnicas-Administrativas%20que%20fomentan%20el%20Acceso%20y%20la%20Retención%20en%20el%20Tratamiento.pdf>.

²⁹ Para mayor información revisar documento de evaluación inicial, SENDA (2020).

Es fundamental que quien realice la acogida y la evaluación inicial cuente con habilidades comunicacionales, conocimientos y competencias requeridas para la realización de una evaluación rigurosa de la situación de consumo y formación en entrevista motivacional, que le permita desplegar un estilo empático, aceptando la ambivalencia como parte del proceso y evitando la confrontación.

Considerando que habrá personas que requieran la derivación a otro dispositivo, será relevante que los equipos cuenten con un protocolo de derivación, que orienten el procedimiento a seguir.

En esta instancia se evalúan las siguientes dimensiones:

- 1. Uso de sustancias:** Esta dimensión indaga acerca del uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, tipo de sustancias usadas, frecuencia e intensidad del uso, problemas asociados identificados por la persona e indicadores clínicos de trastorno por uso de sustancias.

También se indaga si la persona ha intentado reducir o abstenerse del uso de la sustancia que percibe que le ocasiona mayores problemas, el éxito obtenido en ese esfuerzo y si ha participado en tratamientos previos. Además, se indaga el riesgo de presentar un síndrome de privación severo.

- 2. Necesidades de salud física y mental:** Se indaga si la persona presenta antecedentes de enfermedades físicas crónicas y si está en tratamiento, ya que la presencia de enfermedades físicas crónicas no tratadas pueden ser un riesgo para la salud de la persona usuaria o complicar el tratamiento (National Institute on Drug Abuse, 2012).

También se indaga si el usuario presenta antecedentes de trastornos mentales agudos y/ o crónicos y si está en tratamiento para el manejo de trastornos de salud mental crónicos. Se incluye en esta dimensión un breve tamizaje de riesgo suicida (Deady et al., 2015; MINSAL. 2013), toda vez que la literatura indica que las personas que presentan trastorno por uso de alcohol presentan un riesgo mayor de suicidio que la población general, y las personas que presentan trastornos por uso de drogas ilegales tienen un riesgo aumentado de ideación e intentos suicidas (Center for Substance Abuse Treatment, 2009; Deady et al., 2015).

- 3. Disposición para el cambio de comportamientos y motivación para ingresar a tratamiento:** En esta dimensión se indaga la disposición motivacional que la persona tiene respecto al cambio de comportamiento de consumo de sustancias y sobre su disposición a ingresar a un tratamiento. Se consulta si la persona presenta disposición para generar cambios, si está tomando ya algunas acciones, y se indaga si desea ingresar a tratamiento o se siente presionado para ello.

4. Ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social): En esta dimensión se indaga si la persona cuenta con apoyo familiar u otra figura significativa para participar en un tratamiento y si alguno de los miembros de su familia usa sustancias en la actualidad y si ha buscado tratamiento.

También se indaga acerca de situaciones de riesgo del contexto familiar, educativo y laboral, según corresponda, y se consulta por las estrategias y recursos que la persona pone en práctica para enfrentar/disminuir esos riesgos.

Con el fin de facilitar la toma de decisiones para determinar el nivel de cuidados que requiere el usuario se incorporan posibles alternativas a considerar:

➤ **Tratamiento Ambulatorio Intensivo:**

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo; Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. Presenta déficit de habilidades de prevención, y necesita monitoreo y apoyo.
Salud mental y física	Ninguna o está estable o se trata en un nivel de cuidados menos intensivo. Esos problemas son manejables en este Nivel y presenta uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Presenta un riesgo bajo de daño y está suficientemente seguro entre las sesiones; - Los problemas interfieren en forma leve, pero se requiere fomentar la adherencia al tratamiento; - Discapacidad leve o moderada, pero puede asumir responsabilidades; - Dificultades moderadas con las actividades de la vida diarias, y requiere monitoreo e intervenciones cercanas/diarias; - Su historia, combinada con la situación actual, predice la necesidad de intervenciones casi diarias.
Disposición para el cambio	Requiere monitoreo constante o apoyo algunas veces en la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio.

Ambiente de recuperación	El ambiente del adolescente es un obstáculo para su recuperación, y el adolescente requiere monitoreo constante o apoyo para superar esas barreras.
--------------------------	---

➤ **Tratamiento Residencial**

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; Riesgo de síndrome de privación moderado a severo; Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.
Salud mental y física	Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario; Y presenta uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado; - Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento; - Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional; - Su historia, combinada con la situación actual, predice inestabilidad sin un tratamiento residencial.
Disposición para el cambio	El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para fomentar el enganche con el tratamiento, o para abordar la ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social.
Ambiente de recuperación	El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación.

Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)

Dimensión Evaluada	Características
Uso de sustancias	Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia; Riesgo de síndrome de privación moderado a severo. Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.

Salud mental y física	<p>Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario; Y presenta uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado; - Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento; - Discapacidad moderada a severa que no puede ser manejada en un nivel menos intensivo de cuidados; - Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional; - Su historia, combinada con la situación actual, predice inestabilidad sin un tratamiento residencial.
Disposición para el cambio	El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para fomentar el enganche con el tratamiento, o para abordar la ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social.
Ambiente de recuperación	El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación.

Criterios para la toma de decisión de la Modalidad/Intensidad de los Cuidados para las personas usuarias que presentan Trastorno por Uso de Sustancias

Debe tenerse en consideración lo siguiente:

- 1) Se recomendará a la persona usuaria el programa menos intensivo o menos restrictivo que más probablemente la ayude a recuperar su salud.
- 2) Se referirá a la persona usuaria a un servicio de alta intensidad médica/psiquiátrica solamente cuando ésta presente problemas psiquiátricos y/o médicos que requieran de tratamiento especializado que no se puede resolver en un nivel de menor complejidad.
- 3) El hecho que una persona usuaria esté en situación de calle no es una razón suficiente para ingresar a un programa residencial. El tratamiento en régimen residencial no debiera ser ofrecido como un servicio de vivienda/alojamiento.

La modalidad/intensidad de los cuidados puede ser entendida como un **continuo**, desde modalidades de Baja intensidad a Elevada intensidad; que responden a las necesidades,

limitaciones y obstáculos del usuario; y a las fortalezas, recursos y estructura de apoyo de la persona usuaria.

Por lo tanto, una persona que no ha respondido favorablemente a un nivel de baja intensidad en los cuidados requerirá transitar a un nivel de mayor intensidad terapéutica con el fin de mejorar los resultados de su proceso. Del mismo modo una persona que ha sido tratado en un programa residencial deberá descender en la intensidad de sus cuidados a un programa ambulatorio una vez cumplidos los objetivos terapéuticos.

- **Evaluación integral:** ³⁰

El hito de ingreso a tratamiento se da con el consentimiento informado, el cual es un proceso de entrega de información por parte del equipo a la persona para que ésta pueda tomar una decisión responsable respecto a ingresar o no a tratamiento, quedando establecido la posibilidad de revocar cuando lo estime necesario.

Al ingresar a tratamiento la primera acción será la realización de una evaluación clínica integral, cuyo objetivo será identificar tanto las necesidades como los recursos de la persona en distintos ámbitos, estableciéndose un diagnóstico biopsicosocial que oriente las acciones e intervenciones a desarrollar, en conjunto con la persona usuaria, posteriormente en el plan de tratamiento individualizado.

Para la realización de la evaluación integral, es fundamental recopilar información de otras instituciones que se encuentren trabajando con el niño, niña o adolescente y de programas de tratamiento anteriores o del programa que lo haya derivado. En el caso que el usuario venga derivado de otro programa de tratamiento y cuente con evaluación integral, corresponde la actualización de la misma, no es necesario realizar nuevamente una evaluación integral completa.

Para el diseño del plan de tratamiento individualizado el tipo y la calidad de la información obtenida en el proceso de evaluación será fundamental, para el ajuste a las necesidades y características particulares del usuario/a.

Se entenderá la *Evaluación Integral* de las personas que ingresan a tratamiento como **un proceso flexible, abierto y dinámico.**

El cual se lleva a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas y con la aplicación de instrumentos, como una estrategia de apoyo para el levantamiento de información, siempre en el contexto de la entrevista. La entrevista se comprende como un espacio de

³⁰ Para mayor información revisar documento de Evaluación Integral (SENDA, 2020).

encuentro y oportunidad para la construcción de alianza terapéutica en el marco de las relaciones de ayuda.

Los **propósitos** de la Evaluación Integral son los siguientes (UNODC, 2009; NTA, 2006):

- a) Evaluar las necesidades, los problemas y los recursos, que presenta la persona en diversas áreas o dimensiones que son relevantes en el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias: patrón del uso de sustancias, condiciones de la salud física y mental, rasgos de personalidad y temperamento, motivación, capitales y competencias laborales, condición de empleo actual, integración familiar y social, transgresión de la norma social, circunstancias sociales y culturales, así como participación en tratamientos previos.
- b) Entregar información para la formulación del Plan de Tratamiento Individual.
- c) Proporcionar información de la receptividad a la influencia social de la persona para individualizar la alianza terapéutica y fomentar la adherencia al tratamiento (Norcross y Wampold, 2011; UNODC, 2009).

Las Áreas Principales de la Evaluación Integral son las siguientes:

- Uso de sustancias: Contexto histórico personal y familiar del uso de sustancias, uso de sustancias antes de ingresar a tratamiento, consecuencias negativas percibidas por la persona usuaria y antecedentes de tratamientos anteriores.
- Salud Mental y Física:
 - a) Trastorno de salud mental comórbido: Es relevante evaluar el estado de la salud mental actual de la persona que ingresa a tratamiento, ya que la investigación ha mostrado, por ejemplo, que la población de personas heterosexuales y la población LGBT³¹ con trastorno por uso de sustancias presentan una elevada prevalencia de trastornos de salud mental comórbidos.
 - b) Funcionamiento psicológico. Este ámbito evalúa aspectos del funcionamiento psicológico que impactan los resultados del tratamiento (Joe et al. 2002): auto-estima, auto-eficacia y toma de decisiones (población usuaria adulta); se agregan otros ámbitos en la evaluación de las personas usuarias adolescentes.³²
 - c) *Funcionalidad cognitiva (función ejecutiva)*: Se sugiere apoyar la entrevista clínica con la administración de instrumentos de tamizaje para identificar tempranamente a las personas que ingresan a tratamiento y que presentan indicadores de problemas cognitivos transitorios o permanentes (Llanero et al., 2008; Racciati, 2013; Sofuoglu et al., 2013). Esta evaluación es esencial en la población de adultos mayores (Wadd et al. 2013).

³¹ Lesbiana, gay, bisexual y transgénero.

³² Un aspecto del funcionamiento psicológico son *rasgos de personalidad* de la persona; véanse las sugerencias específicas para esa evaluación en los volúmenes 2 y 3 del documento de Evaluación Integral.

d) Salud física: Es relevante, por lo tanto, **realizar una evaluación temprana de la salud física a todas las personas que ingresan a tratamiento**, hayan reportado o no necesidades en este ámbito. La evaluación de la Salud Física permitirá detectar problemas de salud o enfermedades que la persona desconoce o bien que conociendo, no han logrado ser atendidas. Los resultados de la evaluación orientarán la implementación de acciones para reducir o controlar los daños asociados y/o producidos por el uso de la sustancia, y junto con esto, constituye una oportunidad para fomentar hábitos saludables (Madrid Salud, 2015).

- Situación Familiar: El apoyo familiar resulta central en el proceso de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de drogas. La familia puede movilizar a la persona a solicitar ayuda profesional e iniciar el proceso de cambio, acompañar en el alcance y mantención de logros terapéuticos y colaborar activamente en el desarrollo de estilos de vida saludables.
- Funcionamiento Social: se evalúan dominios del capital de recuperación de la persona que ingresa a tratamiento, necesarios para facilitar procesos de integración social. La evaluación en esta área permitirá obtener una línea base respecto de las necesidades de integración social, así como identificar las fortalezas y obstáculos que facilitan o dificultan este proceso. Del mismo modo, como sucede respecto de todas las áreas de evaluación, a partir de la información levantada con la persona usuaria y su familia, se aportará al diseño del Plan de Tratamiento Individualizado.

En esta Área se sugiere evaluar los siguientes Ámbitos: Empleo y formación, Uso del tiempo, Apoyo social, Ciudadanía y participación social, Habitabilidad, Situación financiera y Necesidades relacionadas con la justicia.

- Tránsgresión a la norma:

La indagación en esta Área considera los siguientes ámbitos: Historia de tránsgresión a la norma social y comisión de delitos (generales), Pautas antisociales de la personalidad, pares antisociales, cogniciones antisociales, antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual.

Las áreas Transversales de la Evaluación Integral son las siguientes:

- Motivación para el cambio: a disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o

ya está realizando cambios en su uso de la sustancia, esté más dispuesta a ingresar y adherir a un tratamiento (Battjes et al., 1999; Joe et al., 1998, 2002; Hiller et al., 2002; Simpson et al., 1995; Wild et al., 2006).

- Fortalezas y recursos de la persona usuaria: La evaluación Integral de personas que ingresan a tratamiento desafía al equipo técnico a identificar -junto con las necesidades y problemas de intervención-, los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

- **Plan de tratamiento individualizado (PTI):**

Un aspecto central en el proceso terapéutico está relacionado con la elaboración del plan de tratamiento individualizado de la persona usuaria (PTI), el que se elabora a partir de la información recogida en la evaluación integral y es co-construido entre el equipo terapéutico y la persona y su familia, de acuerdo a sus necesidades y recursos. Las áreas consideradas deberán ser de acuerdo a las ya mencionadas en la evaluación integral.

El plan de tratamiento individualizado es la hoja de ruta que orienta las acciones e intervenciones del equipo terapéutico en relación al trabajo con la persona usuaria, implica, por ende, la participación de todos los intervinientes en su elaboración, implementación y evaluación, esto es la persona usuaria, familia o adulto significativo y otros equipos que estén trabajando con el usuario o usuaria (por ejemplo, equipos de protección de SENAME o sus colaboradores, instituciones educacionales, centros de atención primaria en salud, entre otros. El PTI detalla los pasos esenciales del tratamiento y describe el curso esperado de éste, implica la traducción de las necesidades, las fortalezas y los riesgos identificados, en un documento escrito que responde a la travesía de la persona en el proceso de recuperación. Los objetivos terapéuticos deberán ser relevantes para la persona, específicos, mensurables, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo.³³

Es importante que el plan de tratamiento individualizado sea consistente con el modelo de trabajo del programa y con la persona a la cual está dirigido, contemplando perspectiva de género, ciclo vital en el que se encuentra, pertinencia cultural, entre otros aspectos. Así como la incorporación de experiencias o intervenciones que hayan resultado exitosas y/o revisión de prácticas basadas en la evidencia.

Es, por ende, “un traje a la medida” de la persona.

Con el objetivo de facilitar la elaboración de objetivos terapéuticos con enfoque SMART, se cuenta con un documento de apoyo, el cual se encuentra disponible en el siguiente link http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_7308.PDF.³⁴

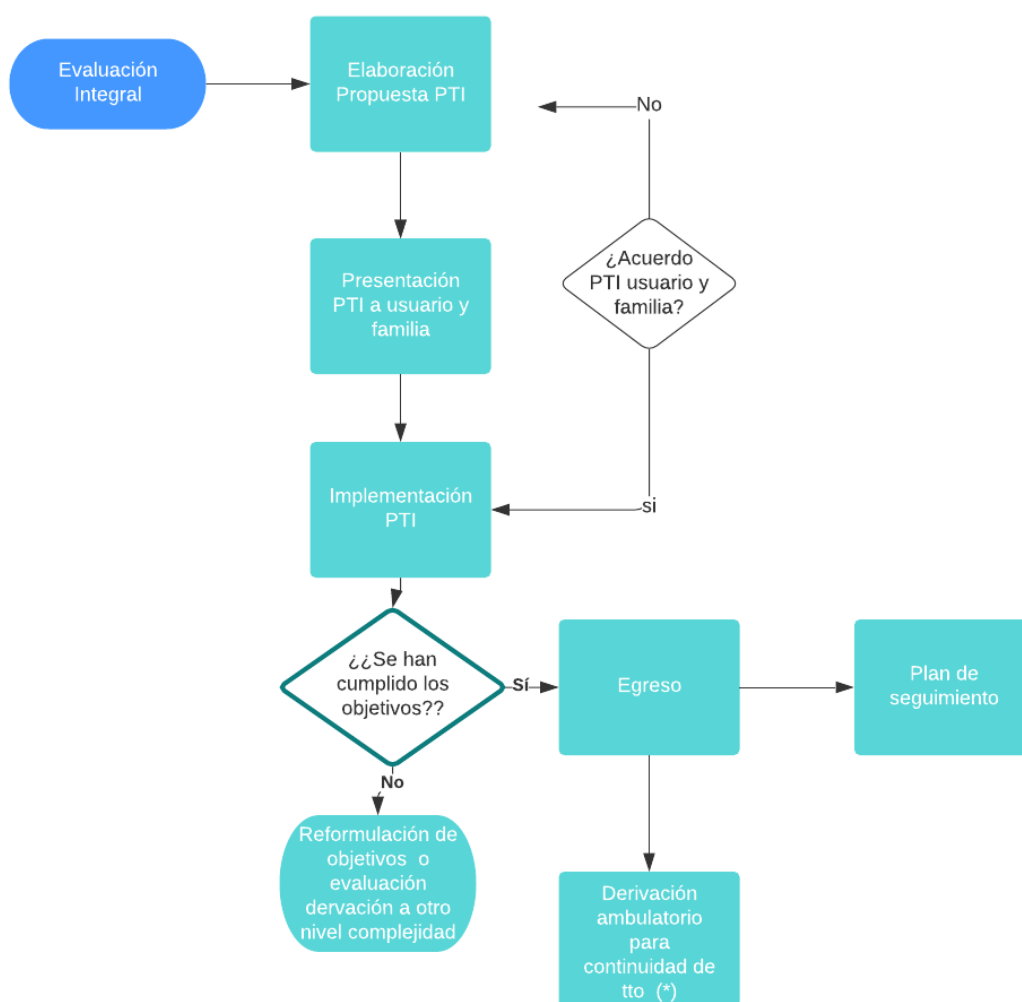
³³ SENDA, 2016 “Sugerencias metodológicas para el diseño de planes de tratamiento individuales (PTI)”.

³⁴ SENDA, 2016 “Enfoque smart para el diseño de objetivos terapéuticos para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas”.

Una vez elaborado el plan de tratamiento, el equipo terapéutico irá trabajando con la persona cada uno de los objetivos allí propuestos. Este proceso implica estar continuamente monitoreando, en conjunto con la persona el cumplimiento de estos objetivos, pudiendo reformularse de no resultar pertinentes o abordables en este momento del proceso, esto implica por ende la actualización del plan de manera periódica, con una frecuencia máxima cada 3 meses.

A continuación, presentamos un flujograma orientador respecto al proceso de elaboración e implementación del plan de tratamiento individualizado.

Flujograma de Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)



* Esto en el caso de los programas residenciales.

- Preparación para el Egreso

Una vez cumplidos, parcial o totalmente, los objetivos terapéuticos propuestos en el PTI, el equipo deberá comenzar a centrar sus esfuerzos en la preparación para el egreso de la

persona que se encuentra en tratamiento, teniendo cada vez un mayor énfasis en el incremento de su autonomía e integración social de la persona.

En esta etapa uno de los objetivos consistirá en reforzar la relevancia en la continuidad de los cuidados, pudiendo ser derivado para continuar tratamiento en algún otro centro de tratamiento, o en otro dispositivo, dependiendo de las características y necesidades de la persona.

- **Seguimiento:**

El objetivo de esta etapa es promover y evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo e intervenir oportunamente en caso de presentar dificultades. Durante esta etapa el centro de tratamiento, en conjunto con el o la usuaria y su familia o adulto significativo, crearán un plan de seguimiento, en el que establecerán la frecuencia y tipo de contacto, tanto con la persona como con su familia, para monitorear el estado de avance en el que se encuentra, entregando contención y apoyo, reforzando los cambios producidos y motivándolo a continuar en ellos. Este plan de seguimiento facilita de esta manera, que la persona sostenga los cambios en el tiempo.

Documentos Anexos a las presentes bases

Se deja expresa constancia que constituyen documentos Anexos a las presentes Bases, los siguientes documentos, los cuales forman parte de las mismas.

Formulario de Presentación de la Propuesta 2022-2023. ANEXO N°1

Formato A Excel Presupuesto 2022 y 2023 (Equipamiento y Funcionamiento). ANEXO N°2

ANEXO N°1

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA 2022 – 2023
PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE
PRESENTAN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

1. ANTECEDENTES DEL OFERENTE

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

Nombre del Representante Legal			R.U.T.
Dirección (calle, número, depto.)		Comuna	Región
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	

CUENTA CORRIENTE BANCARIA DE LA INSTITUCIÓN (para el depósito de los recursos)

Banco			
N° De Cuenta			
Tipo De Cuenta	Corriente	Ahorro	
Certificado De Vigencia			

2. EQUIPO DIRECTIVO

NOMBRE	CARGO O FUNCIÓN

3. MARCO CONCEPTUAL

Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustenta el Programa, señalando 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 2 planas, excluyendo la bibliografía.**

--

4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN

5. METODOLOGÍA

Describa de qué manera se desarrollará la intervención para lograr los objetivos, considerando las 2 etapas de implementación:

1. Equipamiento y gestión para obtención de autorización sanitaria
2. Conformación de equipo y funcionamiento del programa.

En referencia a la etapa 2, debe contener como elementos mínimos la metodología asociada a los procesos de atención de las niñas y adolescentes, incluyendo recepción, evaluación inicial y confirmación diagnóstica, evaluación integral, elaboración e implementación de PTI, preparación para el egreso y seguimiento. Debe describir brevemente el tipo de intervenciones con las usuarias y sus familias, acciones de rescate y coordinación intersectorial. **Máx. 3 planas.**

6. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Actividad N°		
Nombre de la Actividad		
Descripción y metodología de la Actividad		
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD		
Gastos Operacionales		
Gastos asociados a actividades		
Equipamiento		

7. PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El programa deberá describir los procedimientos e indicadores que utilizará para la evaluación de cumplimiento de acciones comprometidas y la evaluación de resultados sobre las variables que se propuso intervenir, considerando lo establecido en las bases del concurso. (máximo 2 planas)

--

8. RECURSOS HUMANOS

En los cuadros a continuación se deben señalar las horas cronológicas semanales comprometidas por el oferente para cada integrante del equipo que permitirán la ejecución del programa.

Cuadro 1: Coordinador Técnico del programa

Nombre completo	Profesión	Cantidad de horas destinadas exclusivamente a la coordinación del programa

Cuadro 2: Equipo clínico

Profesión	Cargo que desempeñará en el programa	Cantidad de horas destinadas al programa

9. CURRICULUM VITAE DE COORDINADOR TÉCNICO

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres	

Declaración de participación en el Programa	
Yo _____ RUT _____ declaro mi voluntad para participar en el programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas de la Institución _____, en el cargo de Coordinador /Director técnico.	
Firma	Fecha

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS

TITULO
UNIVERSIDAD
FECHA DE TITULACION (día - mes- año)

Debe adjuntar certificado de título.

3.- EXPERIENCIA LABORAL COMO COORDINADOR DE EQUIPOS.

CARGO O FUNCIÓN *	
INSTITUCIÓN	
DATOS DE CONTACTO DE REFERENTE EN INSTITUCIÓN (Señalar nombre y también teléfono o correo electrónico)	
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

4.- EXPERIENCIA LABORAL EN ATENCIÓN DIRECTA EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DIRIGIDOS A NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES.

CARGO O FUNCIÓN *	
INSTITUCIÓN	
DATOS DE CONTACTO DE REFERENTE EN INSTITUCIÓN (Señalar nombre y también teléfono o correo electrónico)	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	
FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

(*) Repetir tablas cuantas veces sea necesario

10. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

CURRÍCULO INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN

NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	
RUT	

EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y/O ALCOHOL

PROYECTO O PROGRAMA	
MES Y AÑO DE INICIO EJECUCIÓN	
MES Y AÑO DE TERMINO EJECUCIÓN	
TIPO DE POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO EL PROGRAMA	

OBSERVACIONES	
----------------------	--

*Repetir recuadro cuantas veces sea necesario



ANEXO N° 3 A

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INHABILIDADES PERSONAS JURÍDICAS

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. La entidad que represento no ha sido condenada a alguna de las penas establecidas en los artículos 8° y 11 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.
2. No haber sido sometido a un proceso concursal de liquidación.
3. No tener, entre sus representantes legales o directores, a personas que tengan la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusiva, de directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol.

Firma

Nombre:
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



ANEXO N° 3 B

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INHABILIDADES PERSONAS NATURALES

En Santiago de Chile, a ____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, viene en declarar bajo juramento:

1. No haber sido sometido a un proceso concursal de liquidación.
2. No tener vínculo de parentesco en calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusiva, de directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....



ANEXO N° 4

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE
INHABILIDADES PARA TRABAJAR CON MENORES DE EDAD**

La persona que suscribe, en su calidad de representante legal de la entidad denominada _____, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 20.594 que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades, declara bajo juramento que la entidad que representa ha revisado en el registro de Inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todos los trabajadores señalados en la propuesta técnica presentada para esta licitación pública y que estos no se encuentran inhabilitados para trabajar con menores de edad.

En (____) , a (_____) de 2022
(Ciudad), (Fecha)

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN EL PORTAL INSTITUCIONAL
WWW.SENDA.GOB.CL**

**DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

Documento firmado digitalmente por CARLOS FRANCISCO CHARME FUENTES
Fecha 12-04-2022 13:10:37
Santiago, Chile

Este documento cuenta con una firma electrónica avanzada según lo indica la ley N° 19.799.

Para verificar su validez debe acceder a <https://sidoc.senda.gob.cl/consulta> e ingresar el siguiente código:
a6936083949dc2f75b85abb7c8d7408c1d7e1023