

LINEAMIENTOS PARA EL  
FUNCIONAMIENTO DE LOS  
**CENTROS RESIDENCIALES DE  
DESHABITUACIÓN Y  
REHABILITACIÓN**  
PARA ADULTOS



PARAGUAY, 2025.



GOBIERNO DEL  
PARAGUAY

MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA Y  
BIENESTAR SOCIAL

OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas



LINEAMIENTOS PARA EL  
FUNCIONAMIENTO DE LOS  
**CENTROS RESIDENCIALES DE  
DESHABITUACIÓN Y  
REHABILITACIÓN**  
PARA ADULTOS

**PARAGUAY, 2025.**





# AUTORIDADES

**Dra. María Teresa Barán Wasilchuk**

*Ministra de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*

**Dr. Saúl Recalde**

*Viceministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social*

**Dra. Mirtha Rodríguez Rossi**

*Dirección Nacional de Salud Mental*

**Dr. Gustavo Vidal Ortiz Torres**

*Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud*

**Lic. Hugo Enciso**

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

**Dr. Miquéias Abreu**

*Dirección de Atención Primaria en Salud*

# FICHA TÉCNICA

## COORDINACIÓN TÉCNICA Y ELABORACIÓN

- Dr. Osvaldo Melgarejo – Consultor Nacional
- Dra. María Fernanda Rojas - Dirección de Políticas y Normas en Salud Mental y Adicciones
- Dra. Valeria Ureta - Dirección de Políticas y Normas en Salud Mental y Adicciones
- Dr. Daniel Cantero - Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de las Adicciones
- Dr. Aldo Castiglioni - Dirección de Desarrollo de la Red de Salud Mental y Adicciones

## COLABORACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO

### **Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de las Adicciones**

Dr. Nelson Gaona

### **Dirección de Desarrollo de la Red de Salud Mental y Adicciones - DNSM**

Dr. Diego Lezcano

Dr. Horacio Campos

### **Asesoría Jurídica - DNSM**

Abg. Lorena Melgarejo

## VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

### **Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud - MSPyBS**

Dr. Gustavo Ortiz Torres

### **Dirección General de Planificación y Evaluación**

Lic. Hugo Enciso

### **Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas**

Dra. Dalila Oviedo

### **Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD)**

Abg. Jalil A. Rachid. S., Ministro Secretario Ejecutivo

Oper. Terap. Rosa Saldivar, Dirección General de Reducción de la Demanda

### **Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)**

Dr. Lenildo de Moura

## DISEÑO EDITORIAL

Lic. Paola Ortiz



# RESOLUCIÓN

Misión: Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema nacional de Salud



**Poder Ejecutivo**  
**Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

**Resolución S.G. N° 549.**

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA ADULTOS" PARAGUAY 2025.**

Asunción, 31 de julio de 2025

**VISTO:**

La nota DNSM N° 596/2025, de fecha 05 de julio del año en curso, registrada como expediente SIMESE N° 12.037/25, por la cual la Dirección Nacional de Salud Mental presenta la propuesta de los "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA ADULTOS" PARAGUAY 2025; y

**CONSIDERANDO:**

Que la Constitución de la República del Paraguay dispone en su Artículo 68. encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y en su Artículo 69. enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 836/1980, Código Sanitario, establece: "Artículo 3°. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social, Artículo 4°. "La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación" y Artículo 55. "Faculta al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a autorizar y coordinar las acciones de las instituciones públicas y privadas para proporcionar atención a los discapacitados físicos, mentales o sociales".

Que es necesario implementar los "Lineamientos para el funcionamiento de Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación para Adultos", elaborado por el Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental, la Red de Salud Mental y Adicciones es la agrupación organizativa de un conjunto de componentes de atención en Salud Mental y las Adicciones, los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas y privadas, que se articulan entres si, de manera coherente y cooperativa con el fin de asegurar la atención integral, continua y accesible a la comunidades y población, que incluye distintos niveles de resolución y de acceso a intervenciones de promoción, prevención de salud mental, la Red puede tener distintos alcances territoriales: Nacional y Regional.

Que la Política Nacional de Salud Mental 2015 - 2030, aprobada par Decreto N° 4541, de fecha 07 de diciembre de 2015, establece las líneas de acción que el Estado paraguayo está decidido a realizar en el período para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes del Paraguay. De este modo, el país se compromete a responder al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud que se encuentran en el núcleo de los desafíos contemporáneos.

Que igualmente, se encuentra vigente la Resolución S.G. N° 423, de fecha 09 de setiembre de 2019, que aprueba el Manual de Organización de los Servicios en el marco de las Redes Integradas e Integrales de los Servicios de Salud (RIISS), la Cartera de Servicios por Niveles de Atención y Complejidad del Ministerio de Salud Pública y Bienes-





# RESOLUCIÓN

Misión: Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema nacional de Salud



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 549.-

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA ADULTOS" PARAGUAY 2025.**

Asunción, 31 de julio de 2025

tar Social, y dispone su implementación en la red de servicios de todo el país, con el objetivo de brindar un instrumento actualizado para mejorar la gestión de las unidades efectoras de salud, desde el nivel local, el nivel regional y nacional, mediante la definición, descripción y caracterización actualizada de los roles y funciones a desempeñar, teniendo en cuenta la relación jerárquica y funcional según niveles de atención y complejidad, complementados con servicios de apoyo clínico y logístico para desarrollar de manera continua la misión establecida para cada nivel de atención.

Que en el año 2023, tras la declaración de Emergencia Nacional debido al consumo de sustancias psicoactivas sancionada por el Congreso de la Nación, se dio inicio al trabajo coordinado e Interinstitucional, con el Plan de Acción contra el Abuso de Drogas (SUMAR) dando el ejecutivo la puesta en marcha en fecha 21 de diciembre de 2023, aprobado por el Decreto N° 915, cuyos ejes principales se centran en la creación de la cartera de servicios orientados a dar respuestas oportuna para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas usuarias de sustancias psicoactivas.

Que es necesario brindar un marco normativo para mejor organización y gerenciamiento dos dispositivos socio comunitarios, para del mismo modo seguir con los lineamientos y protocolos elaborados par el Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental, como herramientas para avanzar en la reforma de la salud mental en el país, permitiendo orientar y articular estrategias a partir de los objetivos, líneas de acción, actividades, indicadores y metas que se plantean.

Que en concordancia con lo preceptuado en el Artículo 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21.376/1998, en su Artículo 19, dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución; y en su Artículo 20, establece las funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, en el numeral 6) la de ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros, y en el numeral 7) le asigna la función de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica a través del Dictamen A.J. N° 1146, de fecha 30 de julio de 2025, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

**POR TANTO**, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
RESUELVE:**

**Artículo 1°.** Aprobar el documento **"LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA ADULTOS" PARAGUAY 2025**, presentado por la Dirección Nacional de Salud Mental, el cual forma parte, como anexo de la presente Resolución.





Misión: Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema nacional de Salud



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 549.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA ADULTOS" PARAGUAY 2025.

Asunción, 31 de julio de 2025

Artículo 2°. Disponer la implementación obligatoria en el marco del Sistema Nacional de Salud de los lineamientos aprobados en el Artículo precedente que también regirá para las habilitaciones tanto del sector público como privado de dichos dispositivos.

Artículo 3°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

  
DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK  
MINISTRA  


/mrs/lbm

# CONTENIDO

<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>Marco operativo y ventajas</b>	<b>13</b>
Definición de un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación	<b>13</b>
Funciones de un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación	<b>13</b>
<b>Base Legal</b>	<b>14</b>
<b>Ámbito de aplicación</b>	<b>15</b>
<b>Principios</b>	<b>15</b>
<b>Definiciones Operativas</b>	<b>16</b>
<b>Admisión</b>	<b>18</b>
ADMISIÓN VOLUNTARIA	<b>19</b>
ADMISIÓN INVOLUNTARIA	<b>20</b>
PROCESO DE ADMISIÓN	<b>22</b>
<b>Estadía</b>	<b>24</b>
PRINCIPIOS DE LA ESTADÍA	<b>24</b>
ACTIVIDADES Y RUTINAS	<b>25</b>
EVALUACIONES Y DERIVACIONES	<b>25</b>
EQUIPO INTERVINIENTE: CONOCIMIENTO, CAPACITACIÓN Y MONITOREO	<b>27</b>
APOYO FAMILIAR	<b>31</b>
PLANIFICACIÓN DEL EGRESO	<b>31</b>
<b>Egreso</b>	<b>32</b>
<b>Aspectos administrativos y de monitoreo</b>	<b>33</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>34</b>
<b>Anexo 1: Cuadro de semiología del consumo</b>	<b>36</b>
<b>Anexo 2: Sugerencia de Escalas para evaluación y seguimiento de síntomas</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 3: Notificación obligatoria al Ministerio de la Defensa Pública</b>	<b>38</b>
<b>Anexo 4: Formulario de Consentimiento Informado (Adaptable)</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 5: Formulario de Retiro Voluntario en contra del Consejo Médico</b>	<b>40</b>
<b>Anexo 6: Certificado Médico de Admisión Involuntaria</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 7: Formulario de Reporte de Incidentes</b>	<b>43</b>



# INTRODUCCIÓN

Paraguay cuenta desde el 2022 con una Ley de Salud Mental, la cual tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas; una atención humanizada centrada en la persona y su contexto psicosocial, que no aísle al paciente de su medio; y el pleno goce de los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales y legislación nacional, de aquellas personas con trastorno mental, que se encuentran en el territorio nacional.

El Estado protegerá y promoverá la salud mental, como un derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, la salud mental será reconocida como un derecho humano reconocido y garantizado en todo el territorio de la República del Paraguay.

En el ámbito de las adicciones, el Artículo 12 de la Ley N° 7018/2022 reza: “Del abuso de sustancias y adicciones. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente Ley en su relación con los servicios de salud. El abuso y las adicciones a sustancias deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental”, evitando la dicotomía que existía anteriormente.

A su vez para dar una respuesta adecuada y estructurada, se propuso el Plan de Acción Contra el Abuso de Drogas: SUMAR, como una política de estado que presenta tres ejes de atención directa: Prevención del consumo de drogas, Tratamiento y rehabilitación de personas usuarias para la reinserción social y el Combate al tráfico de drogas. La mesa interinstitucional de Tratamiento, rehabilitación y reinserción está presidida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, este protocolo tiene el objetivo de normar el funcionamiento de los centros residenciales de deshabitación y rehabilitación habilitados en el contexto de este plan de gobierno y de todo el sistema nacional de salud.

La evidencia actual sugiere que los esfuerzos deben dirigirse a crear entornos institucionales que faciliten la prestación de atención a las adicciones basada en evidencia y al mismo tiempo mejoren el acceso a oportunidades de capacitación para los profesionales de salud. Este documento establece los lineamientos de los Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación, dirigidos a todas las personas adultas, sin discriminación alguna, y busca contribuir a este objetivo, promoviendo un enfoque intercultural y respetuoso de los derechos humanos.

La mayoría de las personas que consumen sustancias han hecho intentos previos para reducir o abandonar el consumo, con poca respuesta. Este protocolo va destinado a ellas, esperando servir de ayuda para iluminar aquellos días oscuros en que las recaídas eran más la regla que el objetivo final.

Los Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación (CRDR) fomentan la autonomía personal, social y laboral, a través de hábitos de desarrollo en las diferentes áreas (higiene y autocuidado, deporte, trabajo, relaciones interpersonales, salud, alimentación, espiritualidad, formación e inserción laboral). También pueden colaborar a través de equipos intersectoriales y personal calificado para lograr la recuperación y rehabilitación de personas, la conexión con instituciones y el trabajo conjunto pueden permitir su reinserción para ser personas útiles para sí misma y la sociedad.

El enfoque que se propone, aborda la triada sujeto-contexto-sustancia, ya que no solo sufren las personas que se encuentran en consumo de sustancias, sino sus familias y su comunidad. Un empleo remunerado, la derivación propia, o de familiar o de pares, una mayor duración del tratamiento en el centro residencial y un tratamiento en la comunidad después del alta se ha asociado con mejores resultados, por lo que existen factores externos al propio tratamiento dentro del centro, pero que inciden en los resultados positivos de mismo. El trabajo interinstitucional es clave para el éxito, de hecho, la falta de apoyo a los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones es una de las principales barreras por la cual prefieren no atender a pacientes con adicciones.

El presente documento tiene como fin establecer los lineamientos básicos de funcionamiento de los dispositivos residenciales de deshabitación y rehabilitación, públicos o privados, con los criterios esenciales y de calidad para cada uno de ellos, al ser el primero de muchos otros, será revisado y flexible para permitir que se pueda adaptar en versiones futuras a las necesidades de la situación país.

Tiene la limitación del alcance que no abarca a población pediátrica ni población penitenciaria, que requieren un protocolo particular, en un contexto diferente.





# MARCO OPERATIVO Y VENTAJAS

## Definición de un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación

Son servicios de acogida residencial transitoria libre de drogas con el objetivo de servir de base para una reintegración social a través de la vida en comunidad. Se basa en la actividad comunitaria fundada en mecanismos participativos y de socialización buscando controlar la dependencia a sustancias o conductas adictivas. Un CRDR promueve intervenciones terapéuticas que faciliten el cambio de conducta respecto al consumo con el fin de evitar futuras recaídas y facilitar la reinserción en los diferentes ámbitos (social, familiar, educativo, laboral)

Deberá existir una diferenciación entre dos tipos de estos Centros, aquellos con una función de Atención a las personas en forma general y aquellos que son para población penitenciaria, según lo que indica el Código Penal Paraguayo/Ley 1340/88 y sus modificaciones Ley 1881/2002.

## Funciones de un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación

- Ofrecer un espacio de deshabitación y rehabilitación de tipo residencial para personas que no puedan realizarlo en forma ambulatoria, así como aquellos con desventaja social, consecuencias legales de actos criminales o delictivos.
- Brindar continuidad al tratamiento, posterior a la fase de desintoxicación realizada en Hospitales generales o de manera ambulatoria, según la evaluación de cada caso.
- Realizar intervenciones terapéuticas a través de un equipo interdisciplinario y multidisciplinario que permita una adecuada rehabilitación psicosocial de la persona.
- Servir como dispositivo de prevención secundaria o terciaria.
- Promover en las personas y facilitar el desarrollo actividades de vida comunitaria en donde pueda participar en acciones específicas que apunten a su rehabilitación psicosocial.
- Ofrecer un espacio de socialización previo a la reintegración familiar y social.
- Dar soporte e involucrar a la familia y los referentes socioafectivos de las personas en el contexto de su rehabilitación.
- Facilitar el desarrollo de actividades que permitan el fortalecimiento de las relaciones interpersonales efectivas entre pares, así como las habilidades de comunicación necesarias para construir una red social libre de consumo.
- Asegurar la continuidad asistencial y el cuidado de la salud mental de las personas durante la internación.
- Diseñar, implementar, dar seguimiento y adaptar el Plan de Tratamiento Integrado de la persona como parte de la rehabilitación psicosocial
- Conectar con el sistema de salud, al nivel correspondiente, una vez dado de alta del centro.
- Constitución Nacional
- Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Declaración Universal por los Derechos de los Pueblos Indígenas

- Leyes Nacionales
  - Ley N° 836/80 del Código Sanitario
  - Ley N° 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud
  - Ley N° 3007 por la cual se modifica y amplía la Ley N° 1032/96
  - Ley N° 5469/15 “De Salud Indígena”
  - Ley N° 7018/22 de Salud Mental
  - Ley N° 1160 del Código Penal
  - La Ley N° 7104/2023, “Que declara Emergencia Nacional en materia de consumo de drogas psicoactivas en todo el territorio de la República del Paraguay”
- Resoluciones
  - Resolución S.G. N° 591/22 por la cual se aprueba el Código de ética del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
  - Resolución S.G. N° 612/2015 por la cual se aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030 y se dispone su implementación y aplicación en todo el territorio de la República.
  - Resolución S.G. N° 316/2017 por la cual se aprueba el documento de la Política Nacional de Calidad en Salud
  - Resolución S.G. N° 423/2019 por la cual se aprueba el Manual de Organización de los Servicios en el marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)
  - Resolución S.G. N° 440/2008 que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Enfermería, el Manual de procedimientos de Enfermería, las Normas Nacionales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería y el Reglamento de las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería
  - Guía de criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales. Año 2012.
  - Resolución S.G. N° 306, por la cual se aprueban las Normas Mínimas de Calidad de Atención a las Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PPDCAD), y se abroga la resolución S.G. N° 625, de fecha 16 de agosto de 2002.
  - Resolución S.G. N° 047, por la cual se aprueba el Manual Organizacional de la Red de Salud Mental y Adicciones.
  - Resolución S.G. N° 089, por la cual se aprueba la Política Nacional de Salud Mental 2024 – 2030, y el Plan Nacional de Salud Mental 2024 – 2030

# ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PRINCIPIOS

## Ámbito de Aplicación

Los lineamientos establecidos en este documento serán de cumplimiento en los dispositivos del Sistema Nacional de Salud y regirán como normativa técnica para las habilitaciones tanto del sector público y privado de dichos dispositivos.

## Principios

Los proveedores de atención de la salud deben guiarse por las buenas prácticas clínicas en sus interacciones con todas las personas que buscan atención para trastornos mentales o por uso de sustancias; deben respetar la privacidad y los derechos fundamentales de las personas, así como establecer y fomentar una buena relación con ellos y con sus cuidadores, buscando ofrecer una respuesta imparcial, de apoyo y no estigmatizadora.

- **Derechos Humanos:** Basado en un enfoque de Derechos Humanos, tanto en las intervenciones que tienen que ver con el tratamiento como con las condiciones de alojamiento durante la hospitalización. La referencia principal es representada por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Paraguay en el año 2008.
- **Equidad de Acceso:** Todas las personas tienen el derecho de acceder a la atención y el tratamiento que necesitan, cuando y donde lo necesiten, en el lugar más cercano a su comunidad.
- **Cuidado centrado en la persona:** Todos los servicios están comprometidos con un abordaje lo menos restrictivo posible, en un contexto de cuidado compasivo, digno y respetuoso de personas, cuidadores y de la personal. Creando un ambiente de confianza, responsabilidad y solidaridad.
- **Participativo:** Las personas y cuidadores participan en todos los aspectos de la atención. Tienen derecho a recibir información clara y adecuada para su comprensión sobre el estado actual de su salud, las opciones de tratamiento o procedimientos que menos restrinja sus derechos y la toma de decisiones dentro de sus posibilidades.
- **Atención al bienestar integral:** la atención es transversal por la calidez y la calidad del servicio, siendo esta eficaz y eficiente, y basada en evidencias.
- **Confianza y Seguridad:** Los servicios son seguros para las personas con trastornos mentales, cuidadores y personal. Las personas son atendidas en el entorno menos restrictivo posible, garantizando el respeto a su dignidad y los niveles adecuados de seguridad, confidencialidad y privacidad de la información.



# DEFINICIONES OPERATIVAS

Los términos que se definen a continuación serán utilizados en el marco del presente documento. Todos los términos están adaptados para su uso en las intervenciones del Plan Nacional de Salud Mental 2024-2030

- **Equipo Multidisciplinario:** El equipo multidisciplinario encargado de la atención de la persona durante su estadía en el CRDR y estará formado por profesionales de las siguientes disciplinas en el contexto de las habilidades básicas que requiere el equipo: psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, personal de enfermería capacitado/a en salud mental, asistente de enfermería, terapeuta ocupacional, médico clínico, odontólogos, nutricionista, abogados, operadores terapéuticos y otras afines.
- **Plan de Tratamiento:** Es la propuesta secuencial de intervenciones psicosociales y de salud mental a ser llevadas a cabo durante el proceso terapéutico con el objetivo de la mejoría y/o resolución integral, planeada y ejecutada por el equipo multidisciplinario de atención, bajo la supervisión del médico tratante. El plan de tratamiento deberá determinar la autonomía y participación de las personas, de acuerdo a los criterios médicos y evaluación de riesgos.
- **Situación o Conductas de Riesgo:** Se entiende por riesgo en salud mental la probabilidad de que las personas de una población determinada sufran un trastorno mental o daño psicosocial. Implica la posibilidad de que un peligro no sea controlado en una etapa del proceso salud-enfermedad (OMS).
- **Consentimiento informado para tratamiento:** es la autorización que una persona otorga en forma voluntaria, aceptando la propuesta del plan de tratamiento que le indica el médico a cargo y sus variaciones. Esta autorización deberá estar basada en el conocimiento de los fundamentos que hacen aconsejable tal tratamiento o procedimiento, los propósitos, riesgos y efectos adversos posibles.
- **Adicción:** trastorno de salud mental y un trastorno del comportamiento caracterizado por la necesidad compulsiva de obtener estímulos gratificantes como consumir una sustancia (p. ej., alcohol, drogas, tabaco) o de realizar una actividad (p. ej., juego, sexo, trabajo) a pesar de los problemas negativos asociados con dicho consumo o actividad. La adicción es un fenómeno multifacético caracterizado por la participación compulsiva en estímulos gratificantes a pesar de las consecuencias adversas. Abarca una variedad de comportamientos y sustancias, incluidas las drogas, el alcohol, el juego e incluso comportamientos como ir de compras o jugar.
- **Desintoxicación:** Es la fase de tratamiento de las adicciones que consiste en la eliminación completa de la sustancia adictiva del organismo. Durante este proceso, se controlan los síntomas físicos que pueden aparecer a medida que el cuerpo reacciona a la ausencia de la sustancia, que pueden ser muy intensos y peligrosos. Este proceso puede variar en duración e intensidad dependiendo de la sustancia involucrada y del historial de consumo del individuo.

- **Deshabitación:** Se refiere específicamente a los síntomas fisiológicos y psicológicos que ocurren cuando una persona que es dependiente de una sustancia reduce o deja de consumir. Es el proceso que implica modificar los hábitos y conductas asociados al consumo de drogas. Las barreras internas, como la baja autoeficacia, pueden obstaculizar los esfuerzos de recuperación durante la abstinencia (Al-Ziadat, 2024). Se utilizan diversas técnicas terapéuticas para ayudar al paciente a identificar y cambiar los pensamientos y emociones que desencadenan el deseo de consumir.
- **Rehabilitación:** La rehabilitación es un proceso más amplio que busca la recuperación sostenible e integral del paciente. Se busca que el paciente desarrolle un estilo de vida saludable y encuentre alternativas saludables al consumo de drogas. Implica intervenciones terapéuticas que promueven la inteligencia emocional, las habilidades sociales y los mecanismos de afrontamiento, que son vitales para prevenir la recaída (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2019). Este proceso debe estar orientado a la comunidad, haciendo hincapié en la importancia de los sistemas de apoyo social y el desarrollo de relaciones significativas.
- **Reinserción social:** es el proceso a través del cual las personas que se recuperan de las adicciones reciben apoyo para restablecer sus roles y relaciones dentro de la sociedad, de su entorno familiar, laboral y social. Se busca que la persona recupere su autonomía y se facilite una transición exitosa de regreso a la comunidad para que pueda desenvolverse de manera independiente en todos los ámbitos de su vida. Se ofrece apoyo y seguimiento para prevenir posibles recaídas y consolidar los logros alcanzados en las fases anteriores.
- **Patología Dual:** se define como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias en un mismo individuo. Este fenómeno es clínicamente relevante y, a menudo, se encuentra subdiagnosticado, lo que puede complicar el tratamiento y la recuperación de los pacientes. La patología dual implica una interrelación compleja entre los síntomas de ambos trastornos, lo que dificulta su evaluación y diagnóstico (Flecher et al, 2020).
- **Recaída:** es el retorno a un comportamiento problemático después de un período de abstinencia o mejora. Este fenómeno en el contexto de las adicciones, se da cuando los individuos que han logrado dejar de consumir una sustancia vuelven a hacerlo, a menudo debido a factores desencadenantes o situaciones estresantes. No se refiere a un episodio aislado de consumo sino el retorno a patrones anteriores de uso y de la lucha psicológica y fisiológica que las personas experimentan ante desencadenantes que pueden derivar a un retorno del consumo de sustancias (Mestre-Bach & Potenza, 2023).

# ADMISIÓN

- La admisión al Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación será indicada exclusivamente por un Psiquiatra con entrenamiento en criterios de admisión en centros específicos de consumo problemático de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas. Previo a esto el paciente tuvo que haber pasado por la etapa de desintoxicación.
- Podrán ser admitidas personas de nacionalidad paraguaya y aquellos extranjeros que presenten cédula de identidad paraguaya. En aquellos casos de extranjeros que no posean residencia, se debe comunicar su ingreso a la embajada correspondiente a través de los sistemas legales.
- Serán admitidas, todas las personas sin distinción de género, estado civil, orientación sexual, discapacidad, embarazo, religión o creencia, origen étnico, raza o color.
- Podrán ser admitidos aquellos pacientes con patología dual, que hayan sido evaluadas por un psiquiatra, toda vez que cuenten con indicaciones claras y específicas para el cuadro que aqueja al persona. La comorbilidad puede ser más frecuente de lo que se cree, por lo que su evaluación es necesaria durante la admisión y el curso de la internación. Será evaluada la admisión por parte del psiquiatra del centro en aquellos casos en los que la patología aún no se encuentre en fase de continuación o mantenimiento de la remisión. La determinación del nivel de cuidado de las personas con patologías co-ocurrentes y patologías duales se regirá por lo establecido en el Manual Organizacional de la Red de Salud Mental y Adicciones.
- Para la admisión a un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación deberán considerarse las dimensiones 2 a 6 del Modelo ASAM, establecidos en el Manual Organizacional de la Red de Salud Mental y Adicciones:

Dimensión ASAM	CRCR
Dimensión 2 Biomédica	No posee alteración biomédica, se encuentra estable o posee un monitoreo médico adecuado.
Dimensión 3 Emocional, conductual o cognitiva	Alteraciones leves a moderadas Se excluyen alteraciones conductuales graves
Dimensión 4 Motivación para el cambio	Abierto a la recuperación, pero necesita estructura  Poco interés en la recuperación, necesita estructura
Dimensión 5 Potencial de recaídas	Entiende sobre el riesgo de recaídas, pero necesita estructura para mantener las ganancias del tratamiento Alto riesgo de recaídas con consecuencias peligrosas para la integridad de la PPDCAD
Dimensión 6 Ambiente de recuperación	Dificultad ambiental para la recuperación, el PPDCAD aún no tiene las habilidades para abordar su recuperación de forma ambulatoria



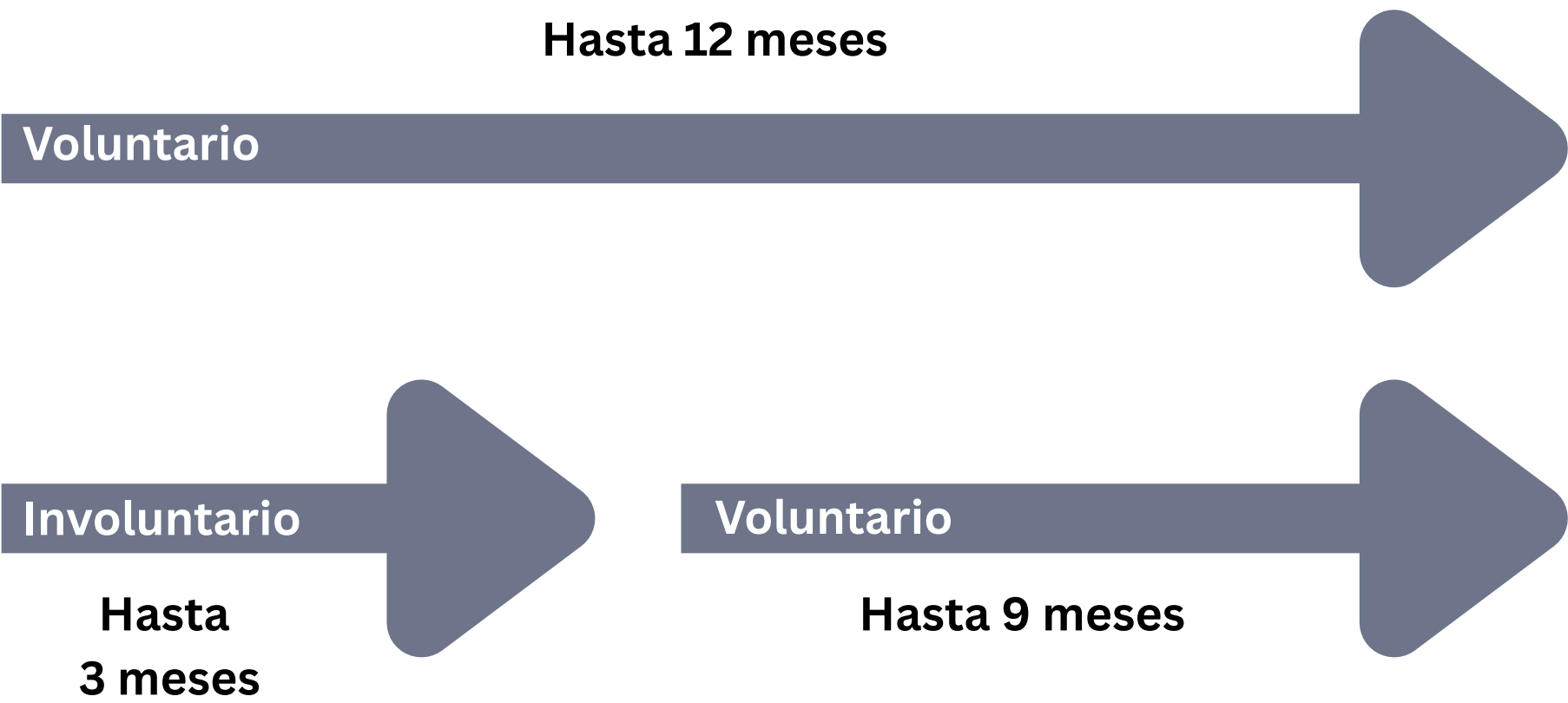
## ADMISIÓN VOLUNTARIA

- Constituye una admisión voluntaria aquella que se realiza tras una explicación de los objetivos de la estadía en el centro y la aprobación del consentimiento informado, de forma verbal y escrita entre la persona y el médico psiquiatra. Basado en la comprensión de la indicación médica y/o la solicitud de la propia persona.
  - La admisión voluntaria a los CRDR promueve mejores oportunidades de intervención para los casos en que el tratamiento ambulatorio no resultó efectivo o seguro.
  - La Persona con Problemas derivados del Consumo del Alcohol y otras drogas (PPDCAD) podrá solicitar que, durante la admisión, para dar su consentimiento, estén presentes una o más personas de su elección.
- Para la admisión voluntaria a un Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación se debe contar con consentimiento informado del paciente y/o sus familiares o referentes o el representante legal, donde manifieste su conformidad con el tratamiento ofrecido y en el que se expliquen los objetivos, plazos aproximados, restricciones etc.
- También deberán aceptar el reglamento interno del establecimiento y esto deberá quedar documentado.
- Si la admisión es voluntaria pero la persona solicita que no se involucre o no se haga saber a familiares de la admisión, también se comunicará su ingreso al Ministerio de la Defensa Pública. El Ministerio de la Defensa Pública podrá solicitar informes periódicos y podrá hacerlo en cualquier momento.



## ADMISIÓN INVOLUNTARIA

- Las Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas (PPDCAD), cuya condición mental o física hagan imposible su admisión a través de un proceso regular, podrán ser internadas en contra de su voluntad en lugares apropiados para ese efecto. En casos en que la internación sea de carácter involuntario, el consentimiento informado debe ser firmado por familiares o el representante legal y el CRDR, público o privado, deberá notificar dicha internación involuntaria de manera obligatoria al Ministerio de la Defensa Pública, en un plazo no mayor a 72 (setenta y dos) horas hábiles desde el ingreso (Ley 7018/2022 de Salud Mental). El Ministerio de la Defensa Pública podrá solicitar informes periódicos y podrá hacerlo en cualquier momento.
- La internación involuntaria sólo se dará, con la indicación de dos médicos, uno de ellos psiquiatra; que recomienden la hospitalización cuando se reúnan los criterios establecidos para la misma (Ley 7018/2022 de Salud Mental).
- Se considerará a pacientes para internación involuntaria aquellos que:
  - Se encuentren en la etapa de pre-contemplación o contemplación del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente.
  - La PPDCAD presenta riesgos conductuales para sí misma o para otros
  - La PPDCAD presenta alto riesgo de recaídas tras el proceso de desintoxicación por antecedentes previos
  - La PPDCAD tiene afectada la capacidad de juicio, y el hecho de no ingresarla puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo podría establecerse tras un ingreso involuntario.
- El carácter involuntario de la internación se podrá mantener por un máximo de 3 meses. Las PPDCAD deberán firmar el consentimiento informado una vez finalizado este plazo para continuar su permanencia en el centro, sea público o privado. Esto se establece considerando que las medidas coercitivas deben reducirse al mínimo y, el tratamiento debe tener como objetivo la motivación para el cambio y hacer a la persona participe en su propio proceso de rehabilitación. La modificación del carácter de internación a voluntario, deberá ser notificado al Ministerio de la Defensa Pública.





- Aquellos pacientes con descompensaciones de patologías psiquiátricas previas a la internación o durante el curso de internación y cuyas posibilidades escapen al manejo del centro residencial, serán derivados a centros correspondientes hasta su estabilización para lo cual deben contar con una hoja de referencia donde conste el motivo, la fase del tratamiento en que se encuentra la persona, las medicaciones tanto clínicas como psicotrópicas utilizadas con sus dosis, el medio por el cual es derivado (medios propios del centro, por medio de familiares o referentes de la persona, en ambulancia) y el nombre de la persona con la que se contactó para la remisión.
- Los CRDR recibirán pacientes tales como: PPDCAD que sufren consecuencias de daños asociados con el consumo de alcohol y otras drogas, como aquellos con antecedentes policiales o judiciales de hechos delictivos o crímenes o aquellos con desventaja social y cuyo entorno doméstico o circunstancias sociales no favorezcan opciones de tratamiento en la modalidad ambulatoria.
  - La PPDCAD con procesos judiciales abiertos, que son ingresadas por orden judicial, deberán disponer del informe médico expedido por un psiquiatra que justifique la internación.
  - Las PPDCAD privadas de libertad deberán ser ingresadas a los servicios sanitarios dependientes del Ministerio de Justicia destinados para dicho fin.
  - El centro deberá enviar reportes a donde corresponda con una frecuencia mensual o a pedido del juez competente, dejando constancia la permanencia de la persona, incidentes si los hubiere y se deberá constar a las autoridades competentes, la finalización del tratamiento y el alta médica del centro independientemente al tiempo del proceso judicial para los fines pertinentes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1.La persona presenta un comportamiento peligroso para el personal, para sí mismo o para los demás
1.Requiere una evaluación médica inmediata
1.La condición física o clínica de la persona no permite un manejo seguro dentro del CRDR
1.Personas que no hayan realizado el proceso de desintoxicación o manejo agudo de la abstinencia.

## PROCESO DE ADMISIÓN

- La derivación para un ingreso al Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación se hará desde otro servicio o dispositivo de la Red de Salud Mental y Adicciones, a través de los Gestores de Caso de dichos servicios, de los Médicos tratantes o de los jefes de dichos servicios o dispositivos.
- La autorización de un ingreso al Centro deberá ser realizada por el responsable del Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación, tras la indicación médica, pudiendo ser de manera presencial en el lugar y en el horario estipulado de trabajo, o de manera telefónica, la cual deberá registrarse y posteriormente debidamente asentado dentro de la ficha de ingreso.
- Al momento del ingreso se realizará, o actualizará en caso que ya tenga, el Plan de Tratamiento Integrado del paciente considerando las características del cuadro y las condiciones del CRDR en el que se encuentra. Para la elaboración de dicho plan se tendrá en cuenta los aportes de todos los profesionales del equipo multidisciplinario del Centro: Psiquiatra, Psicólogo, Enfermería, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social.
- En la ficha de admisión debe constar el diagnóstico, la semiología del consumo (ver ANEXO 1) donde se registre: la severidad de consumo que presentaba, el inicio del consumo, la frecuencia de su uso, la/s droga/s de preferencia, la vía de utilización, el contexto de su utilización, el efecto de la sustancia en sus primeros contactos con ella, las comorbilidades, tratamientos o internaciones previas, si la persona pertenece a un grupo de población específico con necesidades únicas. Si bien la semiología sobre el consumo es central, en aquellos casos con patología dual es fundamental la cronología entre síntomas psiquiátricos y el periodo de consumo. Una sugerencia para diferenciar entre un trastorno primario y uno secundario al uso de sustancias es el tiempo, por ejemplo 30 días posteriores al último consumo. (Art. 32 del Manual de Normas de Calidad de Atención a PPDCAD).
- La evaluación multi e interdisciplinaria y el plan de tratamiento integrado del paciente debe constar en la ficha, a más tardar a la semana del ingreso.
- Se debe identificar, desde la admisión, personas significativas para el paciente, de su contexto familiar o su red primaria de apoyo, que puedan colaborar en el tratamiento y proveer un nexo entre el CRDR, la PPDCAD, la familia y la comunidad, con el fin de favorecer su reinserción, rehabilitación e inclusión social en la mayor brevedad posible.
- Los enfoques de práctica, modelos de atención, modalidades de tratamiento, políticas y procedimientos, planificación, desempeño, supervisión, capacitación y actividades de calidad de cada CRDR deben sustentarse en una filosofía y principios de actuación claros. Estos principios deben ser socializados con el paciente previo a su ingreso.

- Para garantizar la transparencia, la calidad asistencial y la protección de los derechos de las personas, cada centro deberá implementar y mantener un sistema interno de quejas y denuncias accesible, confidencial y eficaz, que permita a los usuarios, sus familiares o tutores expresar sus inconformidades o reportar irregularidades de forma segura y sin temor a represalias. Dicho sistema interno deberá asegurar la debida investigación de los hechos y la pronta resolución de las situaciones planteadas. Adicionalmente, y sin perjuicio de la vía interna, se reconoce y garantiza el derecho de los usuarios a recurrir a los mecanismos de queja y/o denuncia externos, provistos por los organismos competentes del Estado, tales como el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (<https://www.mspbs.gov.py/atencion-usuario.html>) y la Superintendencia de Servicios de Salud (<https://supsalud.gov.py/index.php/denuncias>), entidades encargadas de la supervisión y regulación del sector, que actuarán conforme a sus facultades legales. Esta información debe incluirse en el consentimiento informado.
- Los Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación que incluyen intervenciones religiosas deben garantizar la libertad de culto de todos los pacientes. Es fundamental respetar la diversidad de creencias y se prohíbe la imposición de prácticas religiosas específicas como requisito para recibir tratamiento. La participación en actividades religiosas debe ser siempre voluntaria. Asimismo, la religión no puede ser un criterio de exclusión para acceder a los servicios del centro. Todos los individuos, independientemente de sus creencias espirituales, tienen derecho a recibir el cuidado y apoyo necesarios durante la rehabilitación. Un enfoque respetuoso y no discriminatorio es esencial para crear un ambiente terapéutico inclusivo donde los pacientes se sientan seguros y motivados a participar en su proceso de recuperación. (Art. 8, inciso f) del Manual de Normas de Calidad de Atención a PPDCAD).





## PRINCIPIOS DE LA ESTADÍA

- El trato que reciben los pacientes por parte del equipo multidisciplinario y personal en general tiene que ser respetuoso, compasivo y digno. Se debe velar por la utilización de un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, se debe cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma español o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento o alguna persona previamente identificada y asignada.
- Cada CRDR debe establecer un marco normativo interno que regule la convivencia, las faltas y las consecuencias, elementos esenciales para el correcto funcionamiento y la consecución de los objetivos terapéuticos. Estas normas, adaptadas a las características y recursos, deben ser claras, precisas y conocidas por todos los miembros de la comunidad terapéutica, incluyendo personas, familiares y el equipo multidisciplinario de atención. La definición de límites y responsabilidades fomenta un ambiente de respeto, seguridad y compromiso con el proceso de recuperación, elementos fundamentales para el éxito del tratamiento y la reinserción social de las personas.

Se prohíbe cualquier forma de explotación, violencia y abuso dentro de cualquier Centro Residencial de Deshabitación y rehabilitación, incluyendo la explotación laboral (Art. 8, inciso e) del Manual de Normas de Calidad de Atención a PPDCAD).



## ACTIVIDADES Y RUTINAS

- Cada centro residencial deberá establecer sus propios cronogramas de actividades y rutinas en base a lo establecido en estos lineamientos, incluido horarios de visita.
- Rutinas estables y predecibles que deben incluir higiene, alimentación, actividades de recreación, terapias individuales/grupales, horas de descanso. Las rutinas permiten un cambio en los hábitos del paciente, lo que implica crear una nueva vida en la que sea más fácil no consumir, los hábitos son el puntapié inicial de esa nueva vida.
- Inclusión de arteterapia, capacitaciones, actividades de recreación como deportes o juegos de mesa. Estas pueden darse por medio de la participación de instituciones gubernamentales o no gubernamentales. El objetivo es proveer de herramientas que le sean útiles al paciente para su rehabilitación y posterior inserción en la sociedad.
- Establecer espacios para intervenciones individuales y grupales en ambientes terapéuticos adecuados y confiables con el fin de obtener y compartir experiencias de intentos previos o actuales de los pacientes para sostener su recuperación y evitar futuras recaídas. En este espacio, tanto los terapeutas que dirigen la misma, como los pares presentes comparten experiencias que nutren al resto. En dichos espacios se abordan aspectos frecuentes de encontrar durante entrevistas por consumo problemático de sustancias como la confianza, la mentira, el manejo de dinero, los límites, los valores y los factores protectores, el manejo del tiempo y el aburrimiento. Durante la internación se deben proponer reglas básicas para evitar recaídas: 1) cambiar su vida (la recuperación implica crear una nueva vida en la que sea más fácil no consumir); 2) ser completamente honesto; 3) pedir ayuda; 4) practicar el autocuidado; y 5) no romper las reglas.

## EVALUACIONES Y DERIVACIONES

- El centro residencial debe brindar atención los 7 días de la semana; se debe contar con pautas y vías de derivación sólidas a ser utilizadas por el personal de salud en caso de necesidad, así como establecer redes de servicios y de recursos profesionales a los cuales se pueda solicitar asistencia en forma remota.
- Se debe dar participación a la PPDCAD en la definición de las metas terapéuticas, en la evaluación de su tratamiento y su proceso de rehabilitación (Art. 33 del Manual de Normas de Calidad de Atención a PPDCAD).
- Los pacientes deben ser evaluados regularmente a lo largo de su proceso de rehabilitación, particularmente durante los primeros 3 meses desde el ingreso. La frecuencia debe guiarse por el progreso individual y los factores de riesgo específicos, garantizando que las intervenciones sigan siendo pertinentes y eficaces. Las evaluaciones periódicas no solo facilitan la atención personalizada, sino que también mejoran la eficacia general de los programas de rehabilitación, lo que en última instancia contribuye a mejores resultados a largo plazo para los pacientes (Anexo 2).

- La frecuencia de las consultas psiquiátricas y médicas deberán ajustarse a las necesidades de cada paciente durante toda la internación y la misma podrá variar de acuerdo al plan de tratamiento y de los ajustes necesarios, pero las mismas deberán realizarse al menos de manera quincenal durante los primeros 3 meses y luego podrán tener una frecuencia al menos mensual.
- Las evaluaciones psicológicas deben registrarse por el plan de tratamiento establecido para cada caso y ser reevaluadas según el avance de la internación con una frecuencia mínima semanal para sesiones individuales y al menos tres (3) veces a la semana para sesiones grupales. Las sesiones grupales pueden ser dirigidas por psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales. La evaluación y evolución de los pacientes debe estar registrada en la ficha clínica.
- El tratamiento debe estar centrado en la persona, con sus necesidades individuales, no limitado a su uso de sustancias. Deben ser evaluadas patologías concurrentes en el aspecto psiquiátrico, como ser insomnio, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados al estrés y traumas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, etc.
- Las evoluciones y evaluaciones médicas, de enfermería, psicológicas, de trabajadores sociales, de los terapeutas ocupacionales, las visitas por parte del sistema judicial, todas, deben estar asentadas en la historia clínica del paciente.
- Las indicaciones médicas deben ser acordes a la evolución del paciente, no necesariamente seguir un formato estándar a ser repetido durante la internación en el CRDR. El contenido de las indicaciones no debe limitarse sólo a la medicación utilizada para el manejo de sustancias, sino también a medidas dietéticas, uso de medicación para tratar condiciones médicas previas, horario para realizar actividades relacionadas a las creencias de la persona, prácticas de herramientas de psicoterapia, prácticas deportivas o de esparcimiento o cualquier otra consideración a ser tenida en cuenta para caso particular.
- Durante el curso de la internación se debe evaluar y abordar comorbilidades tanto médicas (incluidas otorrinolaringológicas, infecciosas, etc.), odontológicas, psiquiátricas, nutricionales. Si no es posible hacerlo durante la internación, se debe dejar constancia de ello, a fin de realizarse de al alta del Centro.
- Se debe recabar información respecto al ámbito educativo y laboral, nivel y necesidades de formación profesional, a ser tenidas en cuenta para el proceso de reinserción social.





## EQUIPO INTERVINIENTE: CONOCIMIENTO, CAPACITACIÓN Y MONITOREO

- El objetivo final de la internación en el Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación debe ser la recuperación, el cambio duradero y la reinserción y reintegración del paciente a su comunidad. Para conseguirlo, se debe generar un cambio en el paradigma con el que cuenta la persona y que favoreció su recaída pasada. Las recaídas suelen cursar con etapas: cognitiva, emocional y física. El paciente necesita reconocerlas y gestionar un manejo de contingencias de acuerdo a cada una de ellas. Responder a la pregunta “¿que pasa si...?” es un buen punto de partida. La gestión de contingencias sumada al refuerzo comunitario (una intervención de múltiples capas que implica análisis funcional, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y refuerzos sociales, familiares, recreativos y vocacionales) demuestra sólida evidencia en sustancias estimulantes y otras.
- El abordaje y las prácticas durante la internación deben estar basadas en la evidencia científica actual. El modelo de entrevista motivacional debe ser el lenguaje básico de abordaje y su conocimiento es recomendado para las intervenciones. En caso de no tener experiencia con determinada sustancia o abordaje, se podrá recibir orientación por parte de referentes específicos que permitan la supervisión o servir como consultores del caso.
- No se debe depositar el cuidado de los pacientes exclusivamente en los fármacos, carece de eficacia, resta importancia al modelo biopsicosocial y necesariamente deben estar acompañadas de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia. Intervenciones breves como FRAMES (Feedback, Responsabilidad, Asesoramiento, Menú de opciones, Empatía y Autoeficacia) son actualmente reconocidas como eficaces.



<b>Retroalimentación</b>	<p>El tratante aporta retroalimentación sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias con frases como “los resultados muestran...” ó “por los antecedentes que me comentas, las recaídas se suelen dar de esta manera...”. Se brinda retroalimentación después de una evaluación integral del consumo de sustancias y sus complicaciones asociadas. Se incluye conocimiento sobre los riesgos o daños personales y las consecuencias asociadas con ellos. La retroalimentación también puede incluir una comparación entre los patrones de consumo de sustancias de la persona y sus problemas con el patrón estándar de consumo.</p>
<b>Responsabilidad</b>	<p>Se subraya la responsabilidad sobre el problema “es elección suya y esta enteramente en su campo decidir poder cambiar”. Comunicarse con el cliente en términos como “¿Está interesado en ver qué puntuación ha obtenido en este cuestionario?”, “Lo que haga con esta información que le estoy dando depende de usted” y “¿Qué tan preocupado está por su puntuación?” le permite mantener el control personal y también facilitar una dirección para la intervención</p>
<b>Asesoramiento</b>	<p>Se brinda Asesoramiento claro para cambiar la conducta “yo le recomendaría que lo redujera y lo dejara”. Brindar información sobre los beneficios de reducir o dejar de consumir sustancias no solo aumenta la conciencia de sus problemas de consumo de sustancias, sino que también brinda razones para cambiar su comportamiento no deseado.</p>



<b>Menú de Opciones</b>	<p>Al brindar un Menú de opciones se deben señalar una serie de opciones para realizar en su caso particular, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar situaciones de alto riesgo y estrategias para evitarlas.</li><li>• Identificar actividades sustitutivas al consumo de sustancias como pasatiempos, ejercicios, deportes, pasar tiempo con la familia.</li><li>• Animar al paciente a identificar personas que podrían brindarle apoyo y ayuda para los cambios que desea realizar.</li><li>• Reservar el dinero que normalmente gastarían en sustancias para un propósito específico.</li></ul>
<b>Empatía</b>	<p>Expresar empatía con el paciente es darle un enfoque compasivo y comprensivo por parte del terapeuta que realiza la intervención, por ejemplo:</p> <p>“esto puede ser difícil de escuchar y de hacer, sin embargo...”</p> <p>“Lamento verte en esta situación”,</p> <p>“Me gustaría ayudarte si puedo”</p> <p>Se evita el uso de etiquetas como "alcohólico" o "drogadicto". A diferencia del enfoque de confrontación, el enfoque aquí es de escucha reflexiva y comprensión empática.</p>
<b>Autoeficacia</b>	<p>Implica fomentar la confianza de las personas para que realicen cambios en su consumo de sustancias. El paciente es el principal recurso para encontrar respuestas y soluciones.</p> <p>La resistencia es una señal para responder de forma diferente. La reticencia y la ambivalencia deben reconocerse (e incluso respetarse) y no enfrentarse directamente. Las preguntas y los problemas pueden devolverse al paciente para que los resuelva. La resistencia proporciona energía que puede utilizarse terapéuticamente. “Las soluciones suelen evocarse del paciente en lugar de proporcionarlas el terapeuta”.</p>

- Los contenidos de programas y sus formatos pueden variar según el CRDR, pero deben incluir y socializar su descripción y actividades:
  - terapia psicológica individual
  - terapia ocupacional
  - expresión artística
  - apoyo a familias y referentes socio afectivos
  - programas educativos y vocacionales en conexión con instituciones o centros que lo brinden
  - programas de habilidades para la vida
  - grupos terapéuticos, grupos de apoyo entre pares
  - actividades comunitarias
  - tratamiento médico/psiquiátrico/odontológico
  - inclusión de programas diseñados para grupos de población específicos
- El equipo multidisciplinario debe reunirse con una frecuencia al menos semanal para recibir, dar retroalimentación y definir y evaluar los planes individualizados. Otros miembros del equipo deben no solo limitarse a su intervención, sino conocer la del resto de los miembros, esto permite adquirir experiencia y herramientas en el abordaje.
- Durante la internación se debe permitir la consulta e interacción entre el equipo multidisciplinario y la persona del Centro Residencial, a fin de proveer retroalimentación mutua y propiciar mejoras en el servicio brindado y recibido.
- Cada CRDR debe promover la capacitación continua de su personal en manejo de crisis, atención a la salud mental y técnicas de intervención en situaciones de riesgo. Esto incluye la formación en la identificación de signos de recaída y la implementación de estrategias de prevención.



## APOYO FAMILIAR

- La adicción no es solo un problema individual, sino que también está moldeada por las relaciones sociales y los entornos. Esta perspectiva subraya la importancia de considerar en el plan de tratamiento integrado las influencias sociales más amplias que contribuyen al desarrollo y la perpetuación de las conductas adictivas.
- Se debe tener contacto periódico con familiares o referentes socioafectivos de los pacientes, los permisos de visitas deben ser considerados para cada caso particular en cada centro. El objetivo no es aislar al paciente de su contexto, sino poder abordar de manera individual el problema en un nuevo contexto, libre de sustancias, a través de la guía profesional. Tanto las personas que soliciten o reciban atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten, tendrán el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento. No se puede prohibir la visita a los pacientes, siempre y cuando las mismas no afecten la evolución y proceso terapéutico, a considerar por el equipo multidisciplinario del centro. Cada persona debe contar con un diagnóstico social, poniendo especial énfasis en sus vínculos interpersonales que favorezcan el proceso de reinserción familiar y social. Es fundamental tener presente que, al momento del egreso, el paciente regresará a su entorno familiar y será importante abordar y resolver conflictos existentes durante la estadía, superando las barreras que puedan surgir, e involucrando activamente a las familias en este proceso.

## PLANIFICACIÓN DEL EGRESO

- Durante la internación y abordaje de planes de alta se debe contar con intervenciones en manejo de contingencia y fundamentos de la prevención de las recaídas. Los pacientes a ser considerados de alta deben poder responder a una situación hipotética relacionada a la sustancia. Tanto de manera grupal o individual se debe favorecer el espacio para conversar sobre proyecciones futuras, situaciones imaginadas, estímulos externos o internaciones relacionados con el consumo, la ilusión del control sobre la sustancia o la conducta, habilidades sociales para formar nuevos vínculos saludables, estrategias de resolución de problemas, juego de roles y como hacer frente a las situaciones que propician recaídas. Recursos gratuitos y didácticos en formatos de fichas se encuentran disponibles de manera gratuita (<http://www.matrix.e-drogas.es/>)
- En caso de prever el egreso, se debe comunicar a familiares, referentes socioafectivos o sistema judicial sobre la externación, con un plazo no menor de 48hs para conectar con redes.



1. **Los tiempos de internación deben ser individualizados para las necesidades del paciente siendo el máximo de 12 meses para los Centros Residenciales no judiciales.** Posterior a dichos plazos se deberá necesariamente buscar alternativas en otros niveles de cuidado buscando que el paciente pueda reintegrarse, de acuerdo a sus posibilidades, en la mayor brevedad posible en su comunidad y realizar el tratamiento menos restrictivo posible para el caso particular.
2. El egreso del paciente del centro residencial debe asegurar su continuidad en la atención, sea a través de referencias, contrarreferencias, derivación a centros especializados o centros de menor nivel de complejidad, pero que permitan hacerlo en su comunidad o comunidades aledañas.
3. Un paciente se considera en condiciones ideales para el egreso cuando la evaluación del plan de tratamiento demuestre que se han cumplido los objetivos propuestos, además de haber cumplido con los plazos definidos. Estas condiciones pueden incluir que la PPDCAD ya tiene una rutina estable, consigue mantener relaciones interpersonales saludables, forma parte de intervenciones grupales, tiene incorporados los factores de riesgo que propician la recaída y los anticipa y elabora un plan de contingencias. Debe llevar consigo un plan que incluya el desarrollo de nuevas habilidades, pasatiempos e intereses que pueden continuar después del alta.
4. En el caso en que una persona que ha solicitado el alta voluntaria sin indicación médica y posteriormente desee regresar al mismo CRDR, es crucial considerar varios factores como la motivación de recuperación, la evaluación para determinar si el programa de tratamiento ofrecido por centro sigue siendo el adecuado, la disponibilidad de plazas, el historial de la persona en el centro y su compromiso con el tratamiento; cada caso es único y se evaluará individualmente con el objetivo principal de asegurar que la persona reciba el apoyo adecuado para lograr una recuperación exitosa y sostenible, considerando que según el modelo de Prochaska y Diclemente la recuperación no es un camino recto, sino más bien un proceso que se asemeja a una espiral. Las recaídas pueden ser parte del camino, y a menudo, es a través de estas experiencias que las personas aprenden y crecen, adquiriendo nuevas herramientas y estrategias para su recuperación. Cada CRDR determinará los mecanismos y criterios para el reingreso en estas situaciones.
5. Se recomienda que los egresos no se realicen los fines de semana ni cercano a días feriados o festivos. Generalmente las recaídas suelen darse en días como estos.
6. El egreso del CRDR no implica que la probabilidad de recaída sea nula, la continuidad de los procesos a través de centros específicos y cercanos a su comunidad son recomendados. Así mismo, los grupos específicos de apoyo forman parte de su seguimiento.
7. Normalmente el paciente se encuentra en fase de mantenimiento en la rueda del cambio del modelo de Entrevista Motivacional, la gestión de contingencias se ha realizado durante su estancia y se ha trabajado el enfoque de refuerzo comunitario.
8. Al egreso la Institución debe contar con registros de alta del paciente con un resumen completo de su tratamiento.

# ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE MONITOREO

- Los centros deben tener el soporte adaptado y apropiado de recursos humanos y apoyo administrativo para su adecuado funcionamiento, las 24hs, los 7 días de la semana.
- Todos los Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación de las adicciones deben estar habilitados por la Dirección General de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Las visitas a los Centros Residenciales de Deshabitación y Rehabilitación se deben realizar de manera coordinada por la Dirección Nacional de Salud Mental y la SENAD a través de las instancias correspondientes, con el fin de monitorear el funcionamiento, las condiciones del lugar, aspectos relacionados al cuidado de pacientes del centro e incluidas las intervenciones, medicaciones, alimentación, en cumplimiento del Artículo N° 12 de la Ley de Salud Mental. De estas visitas se generarán informes a entes pertinentes para velar por el correcto seguimiento y aplicación de sugerencias que se generen a partir de las mismas.
- La Dirección Nacional de Salud Mental establecerá los indicadores de monitoreo y podrá solicitar en cualquier momento datos para los mismos y su frecuencia.
- Se debe permitir a los pacientes evaluar la calidad de atención y recomendaciones para el centro, las cuales deben ser socializadas con las visitas coordinadas con la Dirección Nacional de Salud Mental.
- La seguridad en cada CRDR es esencial. Esto implica la implementación de medidas de control de acceso, vigilancia y monitoreo en las instalaciones. Se debe proporcionar un ambiente seguro y controlado donde los individuos puedan participar en las actividades sin riesgos externos que puedan comprometer su bienestar. Esto puede incluir la instalación de sistemas de seguridad, como cámaras de vigilancia y personal de seguridad capacitado, que puedan responder rápidamente a cualquier incidente.
- Los psicofármacos controlados indicados por el psiquiatra se deberán retirar del establecimiento de salud más cercano que se encuentre habilitado para la dispensación de medicación psicotrópica controlada.





# BIBLIOGRAFÍA

- Campopiano von Klimo, M., Nolan, L., Corbin, M., et al. (2024). Physician reluctance to intervene in addiction: A systematic review. *JAMA Network Open*, 7(7), e2420837. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.20837>
- Madden, E., Fisher, A., Mills, K. L., & Marel, C. (2021). Best practice approaches for alcohol and other drug treatment in residential settings. Network of Alcohol and other Drugs Agencies (NADA).
- Institute of Medicine (US). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. National Academies Press (US).
- Royal College of Psychiatrists. (2024). *Standards for alcohol care teams*. (2nd ed.).
- Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325–332.
- Mattoo, S. K., Prasad, S., & Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S466–S472. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2012). Ley 20584. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Pfund, R. A., Ginley, M. K., Boness, C. L., Rash, C. J., Zajac, K., & Witkiewitz, K. (2024). Contingency management for drug use disorders: Meta-analysis and application of Tolin's criteria. *Clinical Psychology (New York, NY)*, 31(2), 136–150. <https://doi.org/10.1037/cps0000121>
- Farber, B. A. (2020). Client deception about substance use: Research findings and a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(2), 277–285. <https://doi.org/10.1002/jclp.22894>
- Miller, W. R., Forcehimes, A. A., & Zweben, A. (2021). *El tratamiento de la adicción: Guía para profesionales*. Desclée De Brouwer.
- De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., Janiri, L., Clark, N., Ostacher, M. J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12), e1002715. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>
- Eastwood, B., Peacock, A., Millar, T., Jones, A., Knight, J., Horgan, P., Lowden, T., Willey, P., & Marsden, J. (2018). Effectiveness of inpatient withdrawal and residential rehabilitation interventions for alcohol use disorder: A national observational, cohort study in England. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.001>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2024). *Lineamientos para el funcionamiento de una unidad de internación psiquiátrica para adultos en un establecimiento de salud*.
- Ayhan, A., & Gök, F. (2020). An effective rehabilitation center model for drug addiction. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(36), 2429–2446. <https://doi.org/10.26466/opus.832144>
- Hughes, K. (2007). Migrating identities: The relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health & Illness*, 29(5), 673–691. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01018.x>

- Al-Ziadat, M. A. (2024). Do social support and self-efficacy play a significant role in substance use relapse? *Health Psychology Research*, 12. <https://doi.org/10.52965/001c.94576>
- Flecher, Y., Rodríguez-Góngora, J., & Rodríguez-Rodríguez, J. A. (2020). Modelo transteórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i3.3662>
- Mestre-Bach, G., & Potenza, M. N. (2023). Features linked to treatment outcomes in behavioral addictions and related disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2873. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042873>

Anexo 1: Cuadro de semiología del consumo

Sustancia	Edad de inicio (y con quien)	Frecuencia de uso (describir contexto de uso)	Consumo máximo (cantidad y dinero invertido)	Tiempo máximo de abstinencia (y motivo/s de abstinencia)	Ultimo consumo (fecha y cantidad)



## **Anexo 2. Sugerencia de Escalas para evaluación y seguimiento de síntomas**

- BPRS y PANSS para pacientes con síntomas psicóticos
- BDI II o PHQ-9 para Depresión
- Hamilton ansiedad
- Escala de manía de Young para aquellos con síntomas maníacos
- Escala de desesperanza de Beck para aquellos con ideación suicida
- Escala de McLean para aquellos pacientes con trastorno límite de la personalidad
- Escala de experiencias disociativas para aquellos con síntomas disociativos
- ITQ Cuestionario internacional de trauma para aquellos pacientes con trastorno de estrés postraumático o trauma complejo

**Anexo 3: Notificación obligatoria al Ministerio de la Defensa Pública**

1.Admisión involuntaria - PLAZO 72 HORAS
1.Ausencia de acompañamiento familiar y cuando no se identifique lazos familiares
1.Retirada por familiares sin alta médica o fuga de una persona en carácter involuntario
1.Cambio de carácter involuntario a voluntario durante la internación.

Las notificaciones se podrán realizar de manera telefónica o como el establecimiento y la oficina de la Defensa Pública lo establezcan.

**Anexo 4: Formulario De Consentimiento Informado (Adaptable)**

Nombre del CRDD			
Nombre y Apellido del Paciente			
CI		Fecha de Ingreso	
Nombre del Servicio			
Carácter de la Internación (marcar)	<input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Involuntario		

Declaro que se me han explicado las características de la condición clínica y el objetivo del ingreso al CRDD, que me han explicado los riesgos de decidir continuar el tratamiento de manera ambulatoria y la justificación de la indicación de ingreso al Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación (CRDD).

Por este motivo, doy el consentimiento para el tratamiento indicado, incluidos los tipos de medicamentos a ser administrados, intervenciones terapéuticas, intervenciones psicosociales y de rehabilitación.

Entiendo y acepto las reglas y condiciones del funcionamiento interno del CRDD en cuanto a horarios de comidas, cronograma de actividades e intervenciones, utilización de las instalaciones, visitas, funciones del acompañante y otras que se contemplen dentro de su reglamento.

Entiendo que durante el curso de la internación se podría plantear un tratamiento o intervención adicional o alternativa que el EMI recomiende según la evolución clínica o psicosocial dentro de la unidad, y que se me informará de la misma y podemos aceptar o no dichos cambios bajo el concepto de un tratamiento colaborativo y participativo.

Declaro que no he alterado u omitido datos o antecedentes clínicos/psiquiátricos de relevancia y me comprometo a cooperar con el Equipo Multidisciplinario que se encuentra a cargo del plan de tratamiento, cumpliendo las indicaciones, recomendaciones y cuidados que me indiquen.

Confirmo que me han explicado mis derechos y responsabilidades mientras me encuentre en este centro y que he tenido oportunidad de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Firma y aclaración de firma, CI y fecha de la firma del paciente
Firma y aclaración de firma del familiar o persona responsable VÍNCULO:

**Anexo 5: Formulario De Retiro Voluntario En Contra Del Consejo Médico**

Nombre del paciente		Carácter de la Internación: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Involuntario
Fecha:	Centro Residencial de Desahbituación y Rehabilitación de:	

Criterios para rechazar el tratamiento o retiro voluntario

Por medio de la presente DECLARO/DECLARAMOS la decisión de retiro del CRDR del establecimiento e interrumpir el plan de tratamiento propuesto.

DECLARO/DECLARAMOS que he/hemos sido debidamente informado/s sobre la condición y los riesgos y consecuencias probables que conlleva interrumpir y discontinuar la internación y el proceso terapéutico realizado.

Por lo anterior expuesto, desvinculo/desvinculamos a este establecimiento, y a los profesionales pertenecientes al Equipo Multidisciplinario de toda responsabilidad por las consecuencias probables referidas, en que pudiera resultar esta decisión.

Riesgos y consecuencias probables (marcar):

Suicidio y/o autolesión ____	Recaída ____
Daño a terceros ____	Empeoramiento de condición clínica ____
Daños materiales ____	Empeoramiento de los síntomas psiquiátricos ____
Otro:	

Si cambio de opinión o si mi condición cambia, me han informado debidamente que puedo llamar al 911 en caso de emergencia o acudir al servicio de urgencias más cercano.

Me/Nos han comunicado sobre signos de alarma e informado dónde acudir en caso de una urgencia, me/nos han entregado las indicaciones y medidas generales sugeridas, una copia o permitido sacar una foto del presente formulario y sugerido una consulta ambulatoria de control dentro de las 48 a 72 horas desde el alta voluntaria.

Firma y aclaración de firma del paciente:	CI:
Firma y aclaración de firma del familiar directo/cuidador/tutor legal:	CI:
Firma y sello del Jefe del Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación:	



**Anexo 6: Certificado Médico De Admisión Involuntaria**

Nombre y Apellido del paciente	
CI:	Fecha nacimiento:

Por la presente certifico que he evaluado a la persona personalmente, y que la misma no se encuentra en condiciones de ser admitida al Centro Residencial de Deshabitación y Rehabilitación de manera voluntaria y que es mi opinión profesional que la persona deberá ser admitida de manera involuntaria por un tiempo máximo de 3 meses por lo siguiente (marcar según corresponda):

PRESENTA UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (marcar):

- ☐ La persona tiene el dianasóstico de un Trastorno Mental y del Comportamiento debido a consumo
- ☐ La persona tiene capacidad disminuida para ejercer auto-control, el juicio o la discreción en la conducta de sus relaciones sociales o de sus asuntos o del cuidado de sus necesidades personales.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO (marcar):

- ☐ El plan de tratamiento tiene el propósito de prevenir que el Trastorno Mental y del Comportamiento debido a consumo provoque un grave deterioro mental o social de la persona.
- ☐ Aliviar y disminuir la sintomatología, comportamientos o consecuencias que se pudieran suceder a causa del trastorno.

RIESGO: La persona presenta un riesgo significativo de un deterioro importante de su condición individual en varios aspectos de su vida si persiste el consumo

CAPACIDAD: Al ingreso la persona no tiene la capacidad de tomar decisiones respecto al ingreso debido a que (marcar):

- ☐ No comprende la naturaleza de su condición como persona
- ☐ No dimensiona las consecuencias, riesgos o beneficios de otorgar el consentimiento para la admisión y plan de tratamiento propuesto
- ☐ El trastorno mental afecta su habilidad de comprensión y evaluación de riesgos

Declaro que el paciente ya realizó un proceso de desintoxicación previo al ingreso y que no se encuentra en riesgo clínico médico evidente al momento de la evaluación y que no hay alternativa terapéutica menos restrictiva a la admisión involuntaria, con fines terapéuticos.

Nombre y Apellido, Firma y Sello del Médico
Fecha y Hora de la Firma:

SEGUNDA EVALUACIÓN

Certifico que personalmente he evaluado a la persona admitida de manera involuntaria \_\_\_\_\_, con CI número \_\_\_\_\_ en fecha \_\_\_\_\_ y he llegado a la conclusión que (marcar):

- ☐ La persona cumple con los criterios de admisión involuntaria y debido a su condición actual no puede ser tratada bajo un régimen voluntario o ambulatorio.
- ☐ La persona presenta un trastorno mental y del comportamiento debido al consumo, pero al momento de la evaluación no cumple criterios para una internación involuntaria y debe ser dado de alta o debe cambiarse su estado a admisión voluntaria si cumple con los criterios de ingreso para la misma.
- ☐ La persona no cumple criterios para el diagnóstico o sospecha diagnóstica de un Trastorno Mental y del Comportamiento debido a consumo, motivo por el cual deberá ser dado de alta de manera inmediata.

Nombre y Apellido, Firma y Sello del Médico
Fecha y Hora de la Firma:

**OBS: Uno de los dos médicos, debe ser NECESARIAMENTE especialista en Psiquiatría Clínica.**

**Anexo 7: Formulario De Reporte De Incidentes**

Localidad:	Establecimiento:
Fecha del evento:	Lugar del evento:
Fecha de notificación:	Formulario Número:
Evento reportado por (puesto/funciones, FIRMA y SELLO):	

DATOS ACERCA DEL EVENTO O INCIDENTE

TIPO DE EVENTO
DESCRIPCIÓN BREVE Y CRONOLÓGICA DEL EVENTO
ESTADO ACTUAL DEL EVENTO
DAÑOS A PERSONAS O MATERIALES
MEDIDAS PREVENTIVAS PROPUESTAS















ISBN: 978-99925-11-86-2



9 789992 511862



**GOBIERNO DEL  
PARAGUAY**

**MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA Y  
BIENESTAR SOCIAL**

**OPS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
Región de las Américas