

Dispositivo de detección temprana del uso problemático de sustancias

**Centros de Ingreso, Diagnóstico
y Derivación (CIDD) en
el Sistema Penitenciario.**



Ministerio
del Interior

Instituto Nacional
de Rehabilitación



Presidencia
Uruguay

Secretaría Nacional
de Drogas

En el marco de los Programas Prioritarios de Gobierno 2025-2030, Presidencia de la República definió cinco programas prioritarios y 63 compromisos para el quinquenio.

En relación con la Secretaría Nacional de Drogas, se le encomendó la implementación de dispositivos de tratamiento previstos en el Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay y recientemente liberadas.

El presente documento surge de la articulación interinstitucional entre la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Autoría técnica

Mag. Fara de Ávila

Coordinadora Nacional de Tratamiento Penitenciario

Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) – Ministerio del Interior Uruguay

La versión final de este dispositivo cuenta con el respaldo técnico y estratégico de:

Dra. Ana Juanche

Directora del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

Dr. Gabriel Rossi

Secretario General de la Junta Nacional de Drogas (JND)

Lic. Diego Grau

Coordinador del Área de Inclusión Social de la Secretaría Nacional de Drogas (SND)

Montevideo, Uruguay, 2025



Presidencia
Uruguay

Junta Nacional
de Drogas

Índice

1. Contexto nacional: magnitud del problema	5
2. El modelo SBIRT como antecedente metodológico	6
2.1. Implementación del SBIRT en contextos penitenciarios	8
3. El dispositivo uruguayo de detección temprana: una adaptación contextualizada	9
3.1. Objetivo general	9
3.2. Objetivos específicos	10
3.3. Población objetivo	10
3.4. Duración de la intervención	10
3.5. Metodología y marco conceptual	11
3.6. Equipo técnico del dispositivo	11
3.7. Requerimientos mínimos del equipo	11
3.8. Requerimientos operativos	11
3.9. Alcance estimado	12
4. Descripción de los instrumentos	12
4.1. Offender Assessment System (OASys) versión 2.0	12
4.2. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	13
5. Procedimientos operativos	14
5.1. Detección del factor consumo en la evaluación criminógena	14

5.2. Recepción y registro administrativo	14
5.3 Evaluación psicológica: tamizaje con ASSIST e intervención motivacional breve	16
5.4 Evaluación psiquiátrica complementaria	16
5.5 Ratificación y derivación técnica final	16
5.6 Informe y seguimiento institucional	17
6. Propuesta de protocolos de registro y derivación	20
6.1. Estructura Global del Sistema de Registros – Dispositivo de Detección Temprana (CIDD)	20
6.1.1. Propósito del sistema de registro	20
6.1.2. Estructura de instrumentos	20
6.1.3. Circuito documental y trazabilidad	21
6.2. Principios operativos del sistema de registro	21
6.3. Planilla general de registro administrativo DDT (Varones y mujeres)	22
6.4. Planilla de Identificación (confidencial)	23
6.5. Ficha técnica para el registro de los profesionales	24
6.5.1. Tamizaje ASSIST (OMS, 2010)	24
6.5.2. Entrevista Motivacional Breve (modelo FRAMES)	24
6.5.3. Evaluación Clínica (si interviene psiquiatra)	25
6.5.4. Derivación sugerida (según riesgo combinado)	25
6.5.5. Cierre del caso	25
6.5.6. Consentimiento informado	27

6.5.7. Protocolo de Derivación Asistencial29

6.5.8. Registro y trazabilidad digital30

6.5.9. Notificación a la Coordinación Nacional de Evaluación (CNE) ..30

7. Referencias bibliográficas31

Índice de tablas

Tabla N.º 1. Puntos de corte ASSIST e intervención correspondiente ..13

Tabla N.º 2. Secuencia operativa recomendada17

Tabla N.º 3. Derivaciones según riesgo combinado (OASys – ASSIST)18

1. Contexto nacional: magnitud del problema

El Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay constituye el marco rector de las políticas públicas orientadas a mejorar la respuesta estatal frente al consumo problemático en el sistema penal. Este plan promueve un enfoque integral, coordinado e interinstitucional que vincula la prevención, la detección temprana, la intervención y el tratamiento, garantizando la continuidad asistencial y la reinserción social (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024).

El documento identifica como uno de los principales desafíos del sistema penitenciario a la ausencia de mecanismos estandarizados de detección y registro, que permitan dimensionar adecuadamente la magnitud del problema para orientar las decisiones técnicas y políticas. La falta de información sistemática ha generado respuestas fragmentadas, con escasa articulación entre las áreas de salud, justicia y rehabilitación, lo que repercute negativamente en la eficacia de las intervenciones y en la posibilidad de evaluar su impacto (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024). Para superar estas limitaciones, se plantea la necesidad de desarrollar un sistema unificado de evaluación y gestión de casos, sustentado en instrumentos validados y aplicados por personal especializado. Este sistema tiene como propósito identificar precozmente el riesgo asociado al consumo de sustancias y su relación con la conducta delictiva, de modo de orientar la derivación hacia el nivel de intervención más adecuado y favorecer la planificación individual del tratamiento (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024).

En ese marco, el Plan recomienda la incorporación del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como instrumento idóneo para el cribado inicial. Su aplicación permite clasificar el nivel de riesgo y ajustar la intervención a la gravedad del consumo, contribuyendo a estandarizar los procedimientos de detección y derivación (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024). Particularmente, la fase de ingreso al sistema penitenciario se considera una etapa crítica para identificar factores criminógenos asociados al consumo y promover una intervención temprana. Por ello, el Plan propone la conformación de equipos especializados de evaluación y derivación en los centros de ingreso, derivación y diagnóstico (CIDD), responsables de aplicar instrumentos estandarizados, registrar resultados y coordinar la atención con los servicios de salud y los programas de tratamiento (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024).

El dispositivo de detección temprana propuesto para los CIDD está orientado plenamente en estos lineamientos. Articula la información proveniente del OASys 2.0 con la aplicación del ASSIST y la realización de intervenciones breves y/o derivaciones según nivel de riesgo. Este dispositivo, pensado para hombres y mujeres, contribuye a cerrar la brecha entre la evaluación criminológica y clínica, optimizando la asignación de recursos, asegurando la continuidad terapéutica y promoviendo un abordaje basado en la evidencia científica, la equidad y los derechos humanos.

De esta forma, el dispositivo operacionaliza los principios estratégicos del Plan, fortaleciendo la capacidad institucional del sistema penitenciario para brindar respuestas tempranas, integrales y sostenibles ante el uso problemático de drogas en contextos de privación de libertad.

2. El modelo SBIRT como antecedente metodológico

El modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, por su sigla en inglés), constituye un enfoque de salud pública basado en evidencia para la detección, la intervención breve y la derivación a tratamiento de personas con consumo de sustancias en distintos niveles de riesgo (Babor *et al.*, 2007). Su lógica responde a los principios de la prevención secundaria, orientada a intervenir antes de que el consumo derive en consecuencias severas o en un trastorno por uso de sustancias (TUS), con el propósito de reducir los costos personales, sociales y sanitarios asociados a esta problemática.

Desarrollado inicialmente en el ámbito médico, el SBIRT se ha consolidado como una estrategia efectiva de integración del abordaje del consumo problemático en los servicios de salud general. Los resultados de la evaluación nacional del programa SBIRT impulsado por la SAMHSA en Estados Unidos muestran que su implementación permitió tamizar a más de un millón de personas, con reducciones significativas en el consumo de alcohol (-72 %) y drogas ilícitas (-80 %) entre los participantes (Babor, Del Boca y Bray, 2017). Estos efectos se observaron incluso en contextos de alta demanda, como emergencias hospitalarias y clínicas ambulatorias, lo que demuestra su viabilidad operativa y efectividad clínica. Además, se comprobó que las intervenciones breves fueron más costo-efectivas que los tratamientos intensivos, reforzando el valor del SBIRT como estrategia preventiva accesible y sostenible.

El modelo ha sido aplicado y adaptado en diversos contextos y poblaciones, confirmando su flexibilidad metodológica:

Servicios de salud general: su aplicación en atención primaria, servicios de urgencias y hospitales ha demostrado reducciones sostenidas en el consumo de alcohol y otras drogas, además de mejorar la derivación hacia tratamientos especializados (Babor et al., 2007; Madras et al., 2009; Babor, Del Boca y Bray, 2017).

Ámbitos laborales y educativos: intervenciones basadas en SBIRT se han utilizado para identificar consumos de riesgo entre jóvenes y trabajadores, mostrando efectos positivos en la reducción de conductas asociadas al uso problemático (Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Gonzales, A., Moseley, A., Peterson, T., O'Grady, K. E., Schwartz, R. P., 2012).

Sistemas de justicia penal: investigaciones en programas comunitarios y en entornos de privación de libertad evidencian que el SBIRT puede aplicarse de forma viable y efectiva en poblaciones en conflicto con la ley, contribuyendo a la detección de desórdenes por uso de sustancias no diagnosticados y al fortalecimiento de la continuidad terapéutica (Prendergast, Cartier y Lee, 2014).

El modelo SBIRT se estructura en tres componentes interdependientes que permiten un abordaje escalonado según el nivel de riesgo:

Detección (Screening): permite identificar el nivel de riesgo asociado al consumo de sustancias mediante instrumentos estandarizados y breves, como el ASSIST desarrollado por la OMS (Humenuik et al., 2008). La evidencia muestra que los programas pueden adaptar los instrumentos utilizados —por ejemplo, incorporando pre-screenings o integrando el tamizaje con otros factores de riesgo— sin perder efectividad (Babor, Del Boca y Bray, 2017).

Intervención breve (Brief Intervention): busca promover la reflexión y la motivación al cambio mediante una conversación estructurada, sustentada en los principios del modelo FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy), que enfatiza la responsabilidad personal, la empatía y la autoconfianza como motores del cambio conductual (Miller & Rollnick, 2002).

Derivación a tratamiento (Referral to Treatment): orientada a conectar a las personas con servicios especializados cuando el nivel de riesgo lo amerita, garantizando la continuidad asistencial y la integración con los sistemas de salud. En el programa SAMHSA se incorporó además una modalidad intermedia, denominada intervención breve (BT, por su sigla en inglés), para casos de mayor severidad que requerían una intervención más intensiva dentro del mismo dispositivo (Babor, Del Boca y Bray, 2017).

En suma, el SBIRT constituye un modelo metodológico robusto, escalonado y adaptable, que ha demostrado impacto positivo en la reducción del consumo problemático y la mejora de la equidad, eficiencia y economía de los sistemas de atención. Su aplicabilidad en entornos penitenciarios radica en su capacidad de detección temprana y abordaje oportuno del consumo, facilitando la derivación hacia tratamientos adecuados y el fortalecimiento de los procesos de rehabilitación.

2.1. Implementación del SBIRT en contextos penitenciarios

La incorporación del SBIRT en los sistemas de justicia penal ha cobrado relevancia en las últimas dos décadas, en particular en experiencias desarrolladas en Estados Unidos. Prendergast, Cartier y Lee (2014), del Integrated Substance Abuse Programs de la Universidad de California (UCLA), documentaron la implementación del modelo en entornos penitenciarios del condado de Los Ángeles, a través de dos estudios: el Los Angeles SBIRT (LASBIRT) Demonstration Project y el SBIRT for Offenders.

En el proyecto LASBIRT, financiado por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), se aplicó el ASSIST a personas privadas de libertad de corta estadía (hasta 96 horas), seguido de una intervención breve basada en la entrevista motivacional y, cuando correspondía, una derivación a tratamiento posterior a la liberación. Los resultados evidenciaron la viabilidad de integrar el modelo en contextos de alta rotación, identificando factores críticos como la necesidad de adaptar la longitud y lenguaje de los instrumentos a las capacidades de lectura de la población y de garantizar la confidencialidad del proceso (Prendergast et al., 2014).

Posteriormente, el estudio SBIRT for Offenders, financiado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), amplió esta experiencia en cárceles del mismo condado. En este caso, tanto hombres como mujeres fueron evaluados con el ASSIST y asignados aleatoriamente a grupos de intervención o control. Los participantes del grupo de intervención recibieron sesiones breves de orientación motivacional y, cuando correspondía, fueron derivados a servicios de tratamiento comunitario tras su liberación. Este estudio subrayó la relevancia de mantener coherencia entre las etapas del modelo, así como de garantizar la existencia de redes de derivación reales dentro y fuera del sistema penitenciario (Prendergast et al., 2014).

En resumen, las lecciones derivadas de estas experiencias indican que el SBIRT es aplicable en entornos penitenciarios, siempre que se realicen adaptaciones metodológicas y estructurales:

- Ajuste lingüístico y cultural de los instrumentos, considerando los niveles de alfabetización y la desconfianza hacia las instituciones.
- Creación de condiciones que aseguren la confidencialidad y eviten la percepción de coerción.
- Capacitación del personal en entrevista motivacional y enfoque de reducción de daños.

- Integración con los sistemas de salud y programas de tratamiento para garantizar la continuidad asistencial tras la liberación (Prendergast et al., 2014).

Estas experiencias constituyen antecedentes fundamentales para el diseño de dispositivos de detección temprana en contextos penitenciarios, como el propuesto en Uruguay. Dichos dispositivos permiten adaptar el modelo SBIRT al contexto local, manteniendo sus principios metodológicos centrales, pero respondiendo a las particularidades institucionales y poblacionales del sistema penitenciario nacional.

3. El dispositivo uruguayo de detección temprana: una adaptación contextualizada

El dispositivo de detección temprana (DDT) del uso problemático de drogas propuesto para los CIDD del área metropolitana se inspira en el modelo SBIRT, adoptando su estructura funcional —cribado, intervención y derivación—, pero introduce ajustes en sus objetivos, procedimientos e instrumentos para adecuarse a las condiciones del sistema penitenciario nacional.

El dispositivo busca identificar precozmente los patrones de consumo, evaluar la severidad del riesgo y definir rutas de derivación técnica hacia los servicios de salud y tratamiento disponibles en la institución, contribuyendo así a una gestión más eficiente y coordinada del abordaje del consumo problemático en la fase de ingreso. Su implementación permitirá integrar la información clínica y criminológica desde el ingreso institucional, optimizando la gestión del alojamiento, la atención sanitaria y el tratamiento penitenciario. Esta adaptación no constituye una réplica del SBIRT, sino una construcción contextual basada en evidencia, enmarcada en los principios del modelo Riesgo-Necesidad-Capacidad de dar respuesta (RNR) y en las orientaciones del Plan (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024).

El dispositivo se activa exclusivamente para aquellas personas privadas de libertad que, tras la aplicación del instrumento de evaluación del riesgo delictual que utiliza el INR (OASys 2.0), presenten el consumo de sustancias como factor de riesgo de la conducta delictiva.

3.1. Objetivo general

Detectar el consumo problemático de sustancias en personas recientemente ingresadas al sistema penitenciario, sin distinción de género, mediante la aplicación de un tamizaje estandarizado basado en el modelo SBIRT y los principios del modelo de Riesgo-Necesidad-Capacidad de dar respuesta (RNR).

El dispositivo orientará las intervenciones hacia acciones pertinentes y fundamentadas en la evidencia, optimizando los recursos institucionales y asegurando la pertinencia y continuidad asistencial dentro del sistema de atención y tratamiento, tanto en el CIDD de varones como en el de mujeres.

3.2. Objetivos específicos

- 1. Identificar y evaluar el consumo problemático de sustancias** en personas recientemente ingresadas al sistema penitenciario, sin distinción de género, mediante la aplicación del instrumento ASSIST, integrando la valoración criminológica proveniente del OASys 2.0 (u otro instrumento para tales efectos) con la clínica del consumo, a fin de orientar decisiones de intervención y derivación pertinentes.
- 2. Realizar intervenciones motivacionales breves** basadas en la evidencia y sustentadas en los principios de la entrevista motivacional, orientadas a promover la toma de conciencia sobre el consumo, la responsabilidad personal y la disposición al cambio.
- 3. Derivar a tratamiento especializado u otros** —según el nivel de riesgo identificado y las características criminógenas y clínicas de cada caso—, garantizando la pertinencia técnica y la continuidad asistencial dentro del sistema penitenciario.

- 4. Registrar y sistematizar la información obtenida** durante el proceso de detección, intervención y derivación, mediante mecanismos internos de seguimiento y evaluación, con el propósito de generar datos agregados que contribuyan al monitoreo del dispositivo y a la planificación institucional de la oferta de tratamiento.
- 5. Promover la equidad de género en la atención**, priorizando la evaluación y el acompañamiento de las mujeres privadas de libertad, en reconocimiento de su menor representación numérica y su mayor complejidad clínica y social, conforme a los lineamientos del Plan Nacional para el Abordaje del Uso Problemático de Drogas en Personas Sujetas a Sanciones Penales (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024).

3.3. Población objetivo

Personas privadas de libertad mayores de 18 años al momento de ingresar al sistema penitenciario.

3.4. Duración de la intervención

El tiempo estimado para la intervención psicológica —que comprende la aplicación del ASSIST (OMS), la entrevista motivacional breve y la definición inicial de la derivación— es de aproximadamente 15 a 30 minutos por persona. En aquellos casos que, a partir de la valoración psicológica, requieran tamizaje psiquiátrico complementario, la evaluación médica se realizará de forma independiente, con una duración aproximada de 10 a 20 minutos adicionales, según la complejidad clínica y la necesidad de indicación terapéutica. En todos los casos, el proceso completo (desde la detección del factor de riesgo hasta la derivación final) deberá completarse en un plazo máximo de 72 horas desde el ingreso institucional.

3.5. Metodología y marco conceptual

El dispositivo adopta los principios del modelo SBIRT y del modelo RNR, integrando las fases de detección, intervención y derivación dentro del flujo de ingreso penitenciario.

Tamizaje (Screening): aplicación del ASSIST (OMS) como instrumento principal, complementado con la entrevista clínica psiquiátrica para la valoración psicopatológica general.

Intervención breve (Brief Intervention): utilización de técnicas de entrevista motivacional orientadas a generar conciencia del riesgo y compromiso con la derivación.

Derivación (Referral to Treatment): articulación con los equipos del Servicio de Atención Integral a personas privadas de libertad (SAI-PPL) y otros dispositivos de tratamiento del INR, priorizando continuidad terapéutica y trazabilidad clínica.

3.6. Equipo técnico del dispositivo

Cargo / Rol	Funciones principales
4 psicólogos/as	Lectura de derivación por OASys 2.0, aplicación de ASSIST, realizar entrevistas motivacionales breves, registrar los resultados y elaborar las derivaciones técnicas correspondientes según el nivel de riesgo, la necesidad criminógena y la evaluación psiquiátrica.
1 médico/a psiquiatra	Efectuar la valoración clínica, indicar tratamiento farmacológico inicial cuando corresponda y coordinar la continuidad asistencial con los servicios de salud penitenciarios o comunitarios, según sea el caso y de ser necesario.
1 administrativo/a, gestor del equipo	Recibir las derivaciones del equipo del INR, gestionar la agenda de entrevistas, organizar los registros y bases de datos del dispositivo y brindar apoyo logístico y documental al equipo técnico. Enviar los informes técnicos a SAI-PPL e INR, según corresponda.

3.7. Requerimientos mínimos del equipo

- Formación acreditada en modelo RNR, entrevista motivacional y ASSIST.
- Supervisión técnica mensual y coordinación con el área de evaluación y tratamiento penitenciario.

3.8. Requerimientos operativos

- Sala privada destinada a entrevistas clínicas breves.
- Equipamiento básico (escritorio, computadora, mobiliario, instrumental diagnóstico).
- Formularios digitales o en papel para registro de resultados e indicadores.
- Protocolos internos de confidencialidad y derivación.

3.9. Alcance estimado

- Intervención dentro de las primeras 72 horas del ingreso institucional, previo al traslado a la unidad definitiva.
- Cobertura inicial en CIDD del área metropolitana para varones y mujeres, con potencial de escalabilidad nacional.
- Priorización de mujeres privadas de libertad, dada la menor demanda de ingreso y mayor vulnerabilidad.

4. Descripción de los instrumentos

4.1. Offender Assessment System (OASys) versión 2.0

El Offender Assessment System (OASys) es una herramienta estructurada de evaluación del riesgo y las necesidades criminógenas, desarrollada por el National Offender Management Service del Reino Unido y adaptada en Uruguay por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), a través de la Subdirección Nacional Técnica (SNT). La versión 2.0, utilizada en el sistema, se basa en el modelo RNR formulado por Andrews, Bonta y Hoge (1990), que propone adecuar la intensidad de la intervención al nivel de riesgo, focalizar el tratamiento en las necesidades criminógenas dinámicas y adaptar las estrategias a las características y estilo de aprendizaje de la persona.

El OASys tiene por objetivo evaluar la probabilidad de reincidencia, identificar factores de riesgo dinámicos y estáticos asociados a la conducta delictiva y orientar la planificación individual de tratamiento. Asimismo, permite estimar el riesgo de daño severo a terceras personas y la presencia de vulnerabilidades personales o contextuales que inciden en la reinserción (INR, 2019).

El instrumento está compuesto por una hoja de identificación y doce secciones o subescalas, que abordan diferentes dominios vinculados al comportamiento delictivo, tales como antecedentes, relaciones familiares, empleo, actitudes, estilo de pensamiento y consumo de sustancias. Dentro de ellas, las subescalas 8 (Consumo de drogas) y 9 (Consumo de alcohol) se orientan a identificar el impacto del uso de sustancias psicoactivas en la vida cotidiana de la persona condenada y su relación con el comportamiento delictivo.

Estas subescalas valoran la frecuencia y el patrón de consumo, su influencia en el delito y en el desempeño social, y el grado de motivación para el cambio.

Cabe señalar que el INR se encuentra en un proceso de desarrollo y validación de un instrumento propio, por lo que más adelante podría ser aquel y no el descrito aquí. Cuando esto suceda, el equipo DDT deberá recibir la capacitación correspondiente.

4.2. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

El Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de identificar de forma temprana patrones de consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas y orientar la intervención de acuerdo con el nivel de riesgo detectado (Humeniuk et al., 2011). Se trata de una herramienta breve, estructurada y de aplicación flexible, diseñada inicialmente para atención primaria, pero validada también en diversos contextos de salud mental y justicia penal.

El ASSIST consta de ocho preguntas estructuradas que examinan el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o hipnóticos, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Las preguntas abordan la frecuencia de uso, la presencia de deseo o impulso intenso, las consecuencias negativas, los intentos de control, la preocupación de terceros y el uso por vía inyectable (OMS, 2010). La aplicación puede realizarse como entrevista estructurada o autoinforme asistido, con una duración aproximada de 5 a 15 minutos. Cada sustancia recibe un puntaje independiente que se interpreta según los puntos de corte establecidos por la OMS, los cuales definen tres niveles de riesgo y las intervenciones correspondientes:

Tabla N.º 1. Puntos de corte ASSIST e intervención correspondiente

Nivel de riesgo	Rango de puntaje (por sustancia)	Descripción	Intervención recomendada
Bajo	0-3 (tabaco y drogas); 0-10 (alcohol)	Uso ocasional o experimental sin evidencia de daño.	Educación preventiva: información sobre consumo responsable y refuerzo de factores protectores.
Moderado	4-26 (tabaco y drogas); 11-26 (alcohol)	Uso regular con posibles consecuencias negativas iniciales.	Intervención breve: entrevista motivacional centrada en la conciencia de riesgo y el cambio conductual.
Alto	≥ 27	Consumo con probables signos de dependencia o daño significativo.	Derivación a tratamiento especializado: evaluación clínica y abordaje terapéutico integral.

Fuente: Adaptado de World Health Organization, 2010.

El modelo de intervención asociado al ASSIST se basa en los principios FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy y Self-efficacy), un marco que integra la retroalimentación personalizada con la promoción de la responsabilidad individual, el consejo empático, la presentación de alternativas posibles y el refuerzo de la autoeficacia. Esta estructura, proveniente de la entrevista motivacional, busca generar conciencia y disposición al cambio en una única sesión breve, evitando enfoques punitivos o moralizantes (OMS, 2010; Prendergast, Cartier y Lee, 2014).

Aunque concebido para atención primaria, el ASSIST ha mostrado alta viabilidad operativa en entornos penitenciarios, donde su formato breve y estandarizado permite detectar patrones de consumo que inciden en el riesgo de reincidencia. Estudios desarrollados en el condado de Los Ángeles, California, incorporaron el ASSIST como instrumento único dentro del modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*) aplicado en centros de reclusión, demostrando su efectividad para identificar consumo problemático y orientar derivaciones hacia programas de tratamiento comunitario tras la liberación (UCLA Integrated Substance Abuse Programs [UCLA ISAP], 2010; Prendergast et al., 2014). Asimismo, investigaciones recientes validaron su utilidad predictiva en población penitenciaria, confirmando su capacidad para identificar el riesgo de recaída posliberación (Cumming et al., 2023).

El grupo de trabajo ASSIST de la OMS (2002) reportó alta consistencia interna, fiabilidad entre evaluadores y validez de constructo adecuada, además de una notable adaptabilidad cultural. Estos resultados consolidaron su uso internacional como instrumento estándar de detección temprana (OMS, 2002). Un análisis posterior en 42 países confirmó su invarianza transcultural y estabilidad factorial, respaldando su comparabilidad entre distintas poblaciones (Lee, C.-T., Lin, C.-Y., Koós, M., Nagy, L., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., Pakpour, A. H., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Smith, L., Jacob, L., Koyanagi, A., Stubbs, B., & Ganesan, B., 2023).

En el marco del presente programa, el ASSIST se adopta como único instrumento de cribado, dada su capacidad para combinar la detección estandarizada con una orientación inmediata a la intervención breve. Su brevedad, robustez psicométrica y compatibilidad con modelos de tratamiento basados en evidencia lo convierten en el núcleo metodológico del dispositivo de detección temprana del uso problemático de drogas en centros de ingreso, derivación y diagnóstico penitenciarios.

5. Procedimientos operativos

5.1. Detección del factor consumo en la evaluación criminógena

- El equipo técnico del INR aplica instrumento/s de valoración de riesgo de reincidencia.
- Si en esa evaluación se identifica riesgo medio o alto de reincidencia y que el consumo de sustancias constituye un factor relevante en la conducta criminógena, el caso se deriva al DDT.
- La derivación debe realizarse dentro de las primeras 48 horas desde el ingreso institucional.

5.2. Recepción y registro administrativo

- El administrativo/a del dispositivo recibe las derivaciones del equipo de evaluación de riesgo delictual y las registra en la planilla de control de casos, identificando el caso con la cédula de identidad de la persona derivada.
- Posteriormente, distribuye los casos entre los psicólogos/as del equipo para la aplicación del ASSIST (OMS) y la entrevista motivacional breve.
- En los casos en que el/la psicólogo/a indique la necesidad de valoración psiquiátrica, el/la administrativo/a remite la ficha correspondiente al/la psiquiatra para su evaluación.
- Una vez completadas todas las etapas del proceso, el/la administrativo/a consolida los resultados (nivel de riesgo, derivación final, observaciones clínicas) y remite la información a las áreas correspondientes: equipo de riesgo delictual, dirección técnica y salud.

Priorización en la asignación de casos:

En la distribución de las derivaciones, el/la administrativo/a priorizará la atención de mujeres privadas de libertad provenientes del CIDD femenino.

Esta prioridad se basa en el principio de equidad y proporcionalidad, dado que el ingreso de mujeres al sistema penitenciario es significativamente menor, pero presenta mayor complejidad clínica, social y criminológica.

La priorización no altera los plazos generales de atención establecidos, pero garantiza que las mujeres sean evaluadas de forma preferente y oportuna.

Nota sobre identificación y codificación de casos:

A efectos de garantizar la trazabilidad documental, la protección de datos personales y el seguimiento estadístico, cada caso se identifica mediante cédula de identidad. La cédula permite vincular los distintos documentos (ficha de detección, evaluación psiquiátrica, derivación y cierre) sin exponer la identidad de la persona evaluada, ya que se mantendrá este registro desvinculado del resto de los datos filiatorios.

Este sistema permite el seguimiento longitudinal del caso, la consolidación estadística mensual y la comunicación interinstitucional segura entre las áreas técnicas involucradas.

Registro diferenciado por sexo:

En cumplimiento del principio de equidad y del enfoque de género establecido en el Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas sujetas a sanciones penales (Junta Nacional de Drogas y Ministerio del Interior, 2024), se llevará un registro diferenciado de mujeres y varones atendidos.

El registro permitirá:

- monitorear la proporción de mujeres efectivamente evaluadas respecto del total de derivaciones recibidas;
- identificar particularidades clínicas y de riesgo criminógeno;
- asegurar la aplicación efectiva del criterio de priorización operativa en los CIDD.

El registro diferenciado se incorporará como hoja paralela dentro de la planilla general del dispositivo, bajo el título “Registro CIDD mujeres”, con las mismas columnas de control, agregando los siguientes campos:

- Código de caso (será la cédula de identidad)
- Situación familiar (madre con hijos / sin hijos / gestante / lactante)
- Comorbilidad psiquiátrica declarada o detectada
- Derivación final (programa específico o general)
- Observaciones de seguimiento o vulnerabilidad social relevante

5.3 Evaluación psicológica: tamizaje con ASSIST e intervención motivacional breve

- El/la psicólogo/a aplica el ASSIST (OMS, 2010) en una entrevista individual de 15 a 30 minutos, en un espacio privado.
- Registra los resultados en la ficha de detección temprana, determinando el nivel de riesgo (bajo, moderado o alto) y, de corresponder, aplica una intervención motivacional breve centrada en la conciencia de riesgo y la motivación al cambio.
- Los casos con riesgo alto, o en los que se detecten síntomas de abstinencia, intoxicación, enfermedad mental grave o conductas de riesgo agudo, se derivan al/la psiquiatra a través del/la administrativo/a.

5.4 Evaluación psiquiátrica complementaria

- El/la psiquiatra, previa entrega del caso por el administrativo/a, revisa los resultados del ASSIST y realiza una entrevista clínica breve para confirmar la existencia de dependencia, comorbilidad o necesidad de tratamiento farmacológico.
- Si se detecta urgencia clínica, se coordina atención inmediata con SAI-PPL/ASSE.
- Si el/la psiquiatra identifica baja adherencia o escasa motivación, puede solicitar una entrevista motivacional complementaria con el/la psicólogo/a.

5.5 Ratificación y derivación técnica final

- El/la psicólogo/a revisa la ficha tras la evaluación psiquiátrica y ratifica o ajusta la derivación según la tabla de riesgos combinados (OASys-ASSIST).
- El administrativo/a formaliza la derivación al programa o dispositivo correspondiente, actualiza el registro y archiva la documentación.
- Todo el proceso debe completarse en un plazo máximo de 72 horas desde el ingreso institucional.

5.6 Informe y seguimiento institucional

- El equipo del DDT remitirá un informe semanal y mensual de actividad a la Coordinación Nacional de Evaluación (CNE), que incluirá: número total de personas tamizadas, distribución por niveles de riesgo (según ASSIST) y detalle de derivaciones efectuadas.
- La CNE realizará el seguimiento de las derivaciones, contabilizando los ingresos efectivos a tratamiento de acuerdo con la derivación inicial, con el fin de monitorear la efectividad del dispositi-

vo y retroalimentar la planificación operativa. Además, enviará el informe de ingresos a programas a la Coordinación Nacional de Tratamiento (CNT) para el seguimiento que corresponda.

Tabla N.º 2. Secuencia operativa recomendada

Etapa	Responsable	Descripción
1. Tamizaje inicial (ASSIST)	Psicólogos/as	Aplican el instrumento y determinan nivel de riesgo.
2. Intervención motivacional breve	Psicólogos/as	Se realiza con todos los casos, salvo contraindicación clínica.
3. Derivación interna	Psicólogos/as	Derivan al/la psiquiatra los casos con: – puntaje ASSIST alto; – sospecha de enfermedad mental grave; – síntomas de abstinencia o intoxicación; – conductas de riesgo agudo.
4. Evaluación psiquiátrica	Psiquiatra	Diagnóstico clínico, prescribe fármacos si es necesario y recomienda derivación al área de salud o programas intensivos.
5. Coordinación y registro	Ambos	El/la psiquiatra registra su actuación y devuelve el caso al/la psicólogo/a para seguimiento y derivación externa.

Fuente: Elaboración propia.

Se consideran conductas de riesgo agudo las situaciones que, en la lectura del OASys o durante la evaluación con ASSIST, evidencian uno o más de los siguientes indicadores:

Riesgo para sí mismo

- Ideación o verbalización suicida, explícita o implícita (“no quiero seguir”, “no aguanto más”).
- Intento reciente de autolesión o lesiones visibles con ese propósito.
- Conductas autodestructivas indirectas, como negarse a alimentarse o ingerir medicación.
- Síntomas de abstinencia severa (temblores intensos, confusión, convulsiones, alucinaciones, desorientación, agitación psicomotora).

Riesgo para terceras personas

- Conductas agresivas o amenazantes hacia otras personas privadas de libertad o funcionarios/as.
- Estado de agitación grave o impulsividad incontrolada que dificulta la contención verbal.
- Percepción delirante o alucinatoria con contenido de amenaza o mandato (“me dicen que los lastime”).

Riesgo médico o toxicológico

- Síntomas de intoxicación aguda por sustancias (pérdida de conciencia, incoherencia, pupilas alteradas, descoordinación motora, signos vitales anormales).
- Síntomas de abstinencia complicada, especialmente en consumidores de alcohol, benzodiazepinas u opiáceos (sudoración profusa, hipertensión, temblores intensos, convulsiones).

Acción inmediata ante la detección

- El/la psicólogo/a interrumpe la entrevista si la situación es inminente y solicita apoyo al personal de salud o seguridad del CIDD.
- Si no hay riesgo vital inmediato, completa la ficha de derivación interna y marca el motivo “Conducta de riesgo agudo”.
- El/la administrativo/a agenda la evaluación psiquiátrica en el día, la que será prioritaria sobre cualquier otra derivación.
- El/la psiquiatra o médico/a realiza la valoración y decide la conducta terapéutica o el traslado asistencial urgente (por ejemplo, a la unidad de salud o al hospital penitenciario).

Tabla N.º 3. Derivaciones según riesgo combinado (OASys – ASSIST)

Riesgo criminógeno (OASys u otro)	Derivación recomendada (según nivel RNR)	Objetivo / Justificación
Moderado o alto	Intervención de baja intensidad (intervención motivacional breve y orientación preventiva).	Riesgo criminógeno asociado al consumo previo o situacional. Se busca reforzar la abstinencia, los factores protectores y la conciencia de riesgo.
Moderado	Intervención de media intensidad (derivación a programa ambulatorio no intensivo, PUPD o grupos NNAA).	Riesgo combinado medio. Se promueve el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la vinculación con espacios terapéuticos de baja o media intensidad.
Moderado	Intervención de media-alta intensidad (derivación prioritaria a programa ambulatorio intensivo o residencial semiabierto).	Alta necesidad de intervención. Se requiere tratamiento estructurado, seguimiento profesional y apoyo multidisciplinario.
Alto	Intervención de alta intensidad (derivación inmediata a programa residencial cerrado, residencial semiabierto o, a modalidad intensiva ambulatoria si no hubiera disponibilidad de los anteriores).	Riesgo combinado alto. Alta necesidad de intervención. Se requiere abordaje integral, tratamiento estructurado, seguimiento profesional y apoyo multidisciplinario.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: No se incluyen los casos con riesgo criminógeno bajo, dado que no son derivados al dispositivo. El dispositivo de detección temprana interviene exclusivamente sobre población con riesgo moderado o alto, conforme al principio de riesgo del modelo RNR (Risk-Need-Responsivity), priorizando la asignación de recursos a quienes presentan mayores necesidades criminógenas y de tratamiento. En anexo se encuentra una descripción general de las distintas modalidades de tratamiento y una orientación general para los equipos técnicos a los efectos para motivar la adherencia a la derivación.

Ficha Operativa – Flujo de Intervención

Etapa	Acción / Descripción	Responsable	Tiempo máximo	Producto / Registro
1. Identificación del factor consumo	Detección del consumo de sustancias como factor de riesgo en la evaluación criminógena (subescalas 8 y 9 de OASys u otro instrumento equivalente). Solo se derivan casos con riesgo moderado o alto de reincidencia.	Equipo de evaluación de riesgo delictual	48 h desde el ingreso	Derivación formal al dispositivo.
2. Recepción y registro del caso	Recepción de la derivación, registro en planilla oficial, asignación de número de caso y agendamiento de entrevista psicológica.	Administrativo/a del dispositivo	24 h	Registro en planilla y agenda.
3. Evaluación de uso problemático de drogas (UPD)	Aplicación del ASSIST (OMS) y entrevista motivacional breve. El psicólogo/a determina el nivel de riesgo y deja constancia de la sugerencia de derivación según la tabla de derivación por riesgo combinado (OASys-ASSIST). Si observa síntomas clínicos relevantes, indica evaluación psiquiátrica.	Psicólogo/a del dispositivo	72 h desde el ingreso	Ficha de detección temprana con resultados y sugerencia de derivación.
4. Evaluación clínica breve / tamizaje psiquiátrico	El/la administrativo/a entrega al psiquiatra las fichas con indicación técnica. El psiquiatra evalúa la presencia de patología mental o dependencia severa, indica tratamiento si corresponde y puede ajustar el nivel de intervención sugerido. Si detecta baja adherencia, solicita una entrevista motivacional complementaria.	Psiquiatra (coordinado por el/la administrativo/a)	Inmediato si corresponde / 24 h	Informe clínico breve o constancia en ficha de evaluación psiquiátrica.

5. Intervención motivacional complementaria (si corresponde)	Entrevista motivacional orientada a la adherencia, coordinada a partir de la indicación psiquiátrica.	Psicólogo/a del dispositivo	Dentro de 24 h posteriores a la indicación	Registro en ficha de sesión.
6. Ratificación y derivación técnica final	El/la psicólogo/a revisa la ficha tras la evaluación psiquiátrica y ratifica o ajusta la derivación de acuerdo con la información clínica. Luego el/la administrativo/a formaliza y registra la derivación al programa o dispositivo correspondiente (según nivel de intensidad RNR).	Psicólogo/a (ratificación técnica) / Administrativo/a (formalización y registro)	24 h posteriores a la evaluación	Formulario de derivación firmado y archivado.
7. Cierre y retroalimentación	Consolidación y archivo de fichas e informes, actualización de base estadística y seguimiento del cumplimiento del flujo. El/la administrativo/a informa al equipo técnico sobre casos completados o pendientes.	Administrativo/a del dispositivo	Consolidación semanal	Informe consolidado y base estadística del dispositivo.

Notas operativas: El/la administrativo/a es el/la responsable del seguimiento completo del flujo, asegurando el registro, entrega, recepción y archivo de todas las fichas. Las acciones técnicas (evaluación, intervención, indicación y ratificación) se realizan por los/las profesionales, pero todas las comunicaciones y derivaciones formales se canalizan a través del/la administrativo/a. La derivación inicial sugerida por el/la psicólogo/a puede ser ajustada por el/la psiquiatra y ratificada o modificada nuevamente por el/la psicólogo/a tras la revisión del caso. El plazo total del proceso no debe superar las 72 horas desde el ingreso institucional.

6. ■ Propuesta de protocolos de registro y derivación

6.1. Estructura Global del Sistema de Registros – Dispositivo de Detección Temprana (CIDD)

6.1.1. Propósito del sistema de registro

Garantizar la trazabilidad técnica y administrativa de las intervenciones del Dispositivo de Detección Temprana (DDT), asegurando:

- el cumplimiento de los principios de confidencialidad y protección de datos personales,
- la integridad y coherencia de la información entre equipos,
- el monitoreo de desempeño y cobertura, y
- la evaluación de resultados institucionales (CNE).

6.1.2. Estructura de instrumentos

N.º	Instrumento	Finalidad principal	Responsable	Tipo de registro	Nivel de acceso
1	Planilla de Registro General CIDD	Seguimiento operativo y estadístico de todos los casos derivados.	Administrativo/a	Cuantitativo	DDT – CNE – SND
2	Planilla de Registro de Mujeres CIDD	Monitoreo diferenciado de mujeres y evaluación de equidad de atención.	Administrativo/a	Cuantitativo / contextual	DDT – CNE – SND
3	Planilla de Identificación Personal (vinculada a la cédula)	Asociar nombre y cédula.	Administrativo/a	Confidencial	Solo uso interno del DDT
4	Ficha Técnica (FT)	Documentar la evaluación ASSiST, la intervención motivacional, la evaluación clínica y la derivación técnica.	Psicólogo/a – Psiquiatra	Cualitativo / clínico	Equipo DDT – Equipo tratante
5	Consentimiento Informado para Derivación Asistencial	Autorizar el intercambio de información personal y el uso anónimo de datos con fines estadísticos o de investigación.	Psicólogo/a	Legal / Ético	Archivo técnico (anexo a FT)
6	Protocolo de Derivación (PD)	Formalizar la derivación a programas o servicios internos o externos.	Psicólogo/a – Administrativo/a	Operativo	DDT – Áreas receptoras INR – SND
7	Informe Consolidado Mensual de Actividad	Comunicar a la Coordinación Nacional de Evaluación los resultados de la actividad.	Administrativo/a – Coordinador/a DDT	Estadístico / analítico	CNE – SND

Fuente: Elaboración propia.

6.1.3. Circuito documental y trazabilidad

Ingreso y registro:

- El administrativo del DDT recibe la derivación desde el equipo de riesgo delictual (solo casos RM/RA con factor drogas o alcohol).
- Registra en la Planilla General con la cédula de la persona y anota en la Planilla de Identificación (uso confidencial).

Priorización y asignación:

- Se da prioridad a las mujeres derivadas desde el CIDD femenino.
- Los casos son distribuidos a los psicólogos/as.

Evaluación técnica y clínica:

- El psicólogo/a aplica el ASSIST, realiza la entrevista motivacional breve y completa la Ficha Técnica.
- Si detecta riesgo alto o síntomas clínicos, deriva al psiquiatra.
- El psiquiatra consigna hallazgos en la sección 3 de la Ficha Técnica.

Consentimiento informado:

- Se solicita y firma antes de remitir cualquier información personal en el Protocolo de Derivación (PD).
- Se archiva el original con la FT y se anexa copia al PD.

Derivación y cierre:

- El psicólogo/a completa el PD y lo entrega al administrativo.
- El administrativo gestiona el envío, registra la fecha de cierre y actualiza la planilla general.

Sistematización y seguimiento:

- Todos los viernes, el administrativo verifica las derivaciones pendientes.

- Mensualmente, se elabora el informe consolidado de actividad, enviado a la CNE con:
 - » número de tamizados,
 - » distribución por nivel de riesgo según ASSIST (bajo, moderado, alto),
 - » cruce de riesgos,
 - » cantidad de derivaciones,
 - » distribución de derivaciones de acuerdo a riesgos cruzados,
 - » motivos de la derivación,
 - » Cantidad de evaluaciones psiquiátricas,
 - » Presencia de comorbilidad,
 - » Indicación de tratamiento farmacológico,
 - » tiempos de llegada de casos, atención y derivación desde el dispositivo.
 - » Otros datos relevantes.

6.2. Principios operativos del sistema de registro

- Confidencialidad: los datos personales se mantienen separados del registro técnico mediante codificación a través de la cédula de identidad.
- Enfoque de género: las mujeres son priorizadas y registradas en planilla diferenciada.
- Integridad: toda ficha técnica debe tener respaldo en planilla y en el consentimiento.
- Agilidad: los instrumentos no deben demorar la intervención (tiempo total $\leq$ 30 minutos).

- Evidencia: toda derivación debe sustentarse en el nivel de riesgo ASSIST y criminógeno.
- Retroalimentación: los informes mensuales alimentan la planificación de la CNE y las políticas de tratamiento.

6.3. Planilla general de registro administrativo DDT (Varones y mujeres)

Campo	Descripción breve / Instructivo
Código de caso	Cédula de identidad sin puntos ni guiones.
Sexo	M/F/cis o Trans
Fecha de derivación	Fecha en que se recibe la derivación del equipo de riesgo delictual.
Fecha de ingreso institucional	Ingreso al CIDD
Psicólogo/a asignado/a	Profesional responsable del tamizaje y entrevista motivacional.
Fecha de evaluación psicológica	Fecha en que se aplicó el ASSIST.
Riesgo criminógeno	Moderado / Alto
Nivel de riesgo ASSIST	Bajo / Moderado / Alto (según puntaje máximo sustancia principal).
Sustancia principal	La que genera mayor malestar al usuario y/o la identificada como de mayor riesgo de salud.
Uso inyectable reciente	Monitoreo de uso de inyectables SI/NO
Derivación sugerida DDT	No acepta derivación, entrevista motivacional, Grupo de ayuda mutua, Valoración psiquiátrica, Salud Mental, Programa ambulatorio, Programa ambulatorio intensivo, Programa residencial semi abierto, Programa residencial cerrado, otro señalar.
Derivación al psiquiatra	Sí / No. Marcar si se indica por puntaje alto o síntomas clínicos.
Fecha evaluación psiquiátrica	Completar cuando se realice la entrevista médica.
Presencia de comorbilidad	SI / NO de acuerdo a evaluación psiquiátrica.
Indicación farmacológica	SI / NO de acuerdo a evaluación psiquiátrica.
Fecha de derivación final	Cuando se completa la derivación y la ficha vuelve al equipo del INR.
Estado de la derivación	Derivado/Pendiente si aún no se a completado la evaluación
Motivo de derivación	Breve descripción del motivo de derivación o hallazgos.
Otras observaciones	Incluir datos relevantes para la derivación no contemplados anteriormente.

Hoja para CIDD Mujeres

Campo	Descripción breve / Instructivo
Código de caso	Cédula de identidad.
Sexo	M/F/cis o Trans
Fecha de derivación	Fecha en que se recibe la derivación desde CIDD Mujeres.
Fecha de ingreso institucional	Ingreso al CIDD
Riesgo criminógeno	Moderado / Alto
Psicólogo asignado	Profesional responsable de la evaluación.
Nivel de riesgo ASSIST	Bajo / Moderado / Alto.
Sustancia principal	La que genera mayor malestar al usuario y/o la identificada como de mayor riesgo de salud.
Uso inyectable reciente	Monitoreo de uso de inyectables SI/NO
Derivación sugerida DDT	No acepta derivación, entrevista motivacional, Grupo de ayuda mutua, Valoración psiquiátrica, Salud Mental, Programa ambulatorio, Programa ambulatorio intensivo, Programa residencial semi abierto, Programa residencial cerrado, otro señalar.
Derivación al psiquiatra	Sí / No. Por puntaje alto o síntomas clínicos.
Presencia de comorbilidad	SI / NO de acuerdo a evaluación psiquiátrica.
Indicación farmacológica	SI / NO de acuerdo a evaluación psiquiátrica.
Situación familiar	Madre con hijos / Sin hijos / Gestante / Lactante.
Condición de vulnerabilidad	Violencia de género, consumo en pareja, situación de calle, etc.
Estado de la derivación	Derivado/Pendiente si aún no se a completado la evaluación
Motivo de derivación	Breve descripción del motivo de derivación o hallazgos.
Otras observaciones	Incluir datos relevantes para la derivación no contemplados anteriormente, por ejemplo, necesidad de apoyos.
Fecha de derivación final	Cuando se completa la derivación y la ficha vuelve al equipo del INR.

Instructivo de uso – Varones

La Planilla general de registro administrativo del DDT tiene como finalidad registrar, monitorear y consolidar la información operativa de todas las personas derivadas al Dispositivo de Detección Temprana. Constituye el principal instrumento de seguimiento administrativo y estadístico del flujo de casos, desde la recepción de la derivación hasta la definición de la derivación final o el cierre del proceso en el dispositivo.

La planilla debe ser completada y actualizada por el/la administrativo/a del DDT, en coordinación con los/las profesionales intervinientes. Su uso permite asegurar la trazabilidad de los casos, controlar los tiempos de atención, identificar derivaciones pendientes y generar información consolidada para los informes semanales y mensuales.

Responsable

El/la responsable principal de completar y mantener actualizada la planilla es el/la administrativo/a del DDT.

Los/las psicólogos/as y el/la psiquiatra deberán entregar la información técnica necesaria para que el registro sea completo, oportuno y coherente con la ficha técnica y el protocolo de derivación.

Periodicidad de actualización

La planilla debe actualizarse de forma diaria, cada vez que se reciba una derivación, se realice una evaluación, se indique una derivación, se complete una valoración psiquiátrica o se cierre un caso.

La consolidación de datos deberá realizarse semanalmente y la información agregada será utilizada para el informe mensual a la Coordinación Nacional de Evaluación.

Identificación del caso

El campo Código de caso debe completarse con la cédula de identidad de la persona, sin puntos ni guiones. Este código permite vincular los distintos registros del dispositivo sin incorporar nombres en la planilla general.

No deben incluirse nombres completos en esta planilla. La identificación nominal se reserva exclusivamente para la Planilla de Identificación Confidencial.

Instructivo por campo

Código de caso: registrar la cédula de identidad sin puntos ni guiones.

Sexo: consignar M, F, cis o trans, de acuerdo con el registro institucional disponible y/o la información relevada en la entrevista.

Fecha de derivación: registrar la fecha en que el DDT recibe formalmente la derivación desde el equipo de evaluación de riesgo delictual.

Fecha de ingreso institucional: registrar la fecha de ingreso de la persona al CIDD.

Psicólogo/a asignado/a: indicar el/la profesional responsable de realizar el tamizaje con ASSIST y la intervención motivacional breve.

Fecha de evaluación psicológica: registrar la fecha en que se aplicó el ASSIST y se realizó la entrevista psicológica correspondiente.

Riesgo criminógeno: marcar el nivel informado por el equipo de evaluación de riesgo delictual. Solo corresponde registrar casos con riesgo moderado o alto.

Nivel de riesgo ASSIST: consignar bajo, moderado o alto, tomando como referencia el puntaje de mayor riesgo asociado a la sustancia principal o a la sustancia clínicamente más relevante.

Sustancia principal: registrar la sustancia que genera mayor malestar para la persona y/o aquella identificada como de mayor riesgo sanitario o clínico. Si existe más de una sustancia relevante, puede consignarse la principal y aclarar el resto en observaciones.

Uso inyectable reciente: marcar Sí o No. Este dato debe registrarse siempre, por su relevancia sanitaria y epidemiológica.

Derivación sugerida DDT: registrar la recomendación técnica surgida de la evaluación. Las opciones son: no acepta derivación, entrevista motivacional, grupo de ayuda mutua, valoración psiquiátrica, salud mental, programa ambulatorio, programa ambulatorio intensivo, programa residencial semiabierto, programa residencial cerrado u otro. Cuando se marque “otro”, debe especificarse.

Derivación al psiquiatra: marcar Sí o No. Debe marcarse Sí cuando exista puntaje ASSIST alto, sospecha de dependencia severa, síntomas de abstinencia o intoxicación, comorbilidad psiquiátrica aparente, conducta de riesgo agudo o duda clínica que requiera valoración médica.

Fecha evaluación psiquiátrica: completar únicamente cuando la evaluación psiquiátrica haya sido realizada.

Presencia de comorbilidad: marcar Sí o No de acuerdo con la evaluación psiquiátrica. Si no hubo evaluación psiquiátrica, dejar sin completar o consignar “No corresponde”.

Indicación farmacológica: marcar Sí o No de acuerdo con la evaluación psiquiátrica. Si no hubo evaluación psiquiátrica, dejar sin completar o consignar “No corresponde”.

Fecha de derivación final: registrar la fecha en que se completa la derivación definida por el DDT y la ficha vuelve al equipo correspondiente del INR.

Estado de la derivación: consignar Derivado cuando se completó la evaluación, la persona aceptó que se realice la sugerencia de derivación correspondiente y la ficha volvió al INR. Consignar Pendiente cuando aún no se ha completado la evaluación, falta valoración psiquiátrica, falta consentimiento o aceptación de la sugerencia, o queda pendiente alguna acción interna necesaria para cerrar el caso.

Motivo de derivación: registrar una breve descripción del motivo técnico de derivación. Debe ser claro, objetivo y breve. Por ejemplo: “Riesgo moderado con disposición a tratamiento ambulatorio”.

Otras observaciones: incluir datos relevantes para la derivación que no estén contemplados en los campos anteriores. No deben registrarse datos sensibles innecesarios ni descripciones extensas de la historia personal.

Errores frecuentes a evitar

Debe evitarse:

- registrar la cédula con puntos, guiones o errores;
- omitir el sexo;
- no registrar la fecha de ingreso institucional;
- dejar vacío el riesgo criminógeno;
- confundir “derivación sugerida” con “estado de la derivación”;
- marcar “Derivado” si no se completó la evaluación, si la persona no aceptó que se haga la sugerencia o si la ficha no volvió al INR;
- dejar casos pendientes sin revisión semanal;
- registrar comorbilidad o indicación farmacológica sin evaluación psiquiátrica;
- incluir nombres completos en la planilla general;
- incorporar información clínica sensible que no sea necesaria para el seguimiento operativo.

- Registrar información idéntica de distinto modo, por ejemplo: “No accede” y “No quiere ser derivado” o “Programa ambulatorio” y “ambulatorio”. Es importante la consistencia de términos para el posterior análisis estadístico.

Instructivo de uso – Mujeres

La hoja específica para CIDD Mujeres forma parte de la Planilla general de registro administrativo del DDT y tiene como finalidad asegurar el monitoreo diferenciado de las mujeres privadas de libertad derivadas al dispositivo. Su uso responde al principio de equidad de género y permite identificar necesidades clínicas, familiares y sociales específicas que pueden incidir en la derivación y continuidad asistencial.

Esta hoja debe completarse para todos los casos provenientes del CIDD Mujeres, manteniendo los mismos criterios generales de confidencialidad, trazabilidad y actualización establecidos para la planilla general.

Responsable

La hoja será completada por el/la administrativo/a del DDT.

Los datos clínicos, familiares o de vulnerabilidad deberán registrarse únicamente cuando surjan de la ficha técnica, de la entrevista profesional o de la información institucional disponible.

Instructivo por campo

Código de caso: registrar la cédula de identidad, sin puntos ni guiones.

Sexo: consignar M, F, cis o trans, de acuerdo con el registro institucional disponible y/o la información relevada.

Fecha de derivación: registrar la fecha en que se recibe la derivación desde el CIDD Mujeres.

Fecha de ingreso institucional: registrar la fecha de ingreso al CIDD.

Riesgo criminógeno: consignar moderado o alto, de acuerdo con la información aportada por el equipo de evaluación de riesgo delictual.

Psicólogo asignado: registrar el/la profesional responsable de la evaluación.

Nivel de riesgo ASSIST: consignar bajo, moderado o alto, de acuerdo con el puntaje de mayor riesgo o la sustancia clínicamente principal.

Sustancia principal: registrar la sustancia que genera mayor malestar a la persona y/o la identificada como de mayor riesgo de salud.

Uso inyectable reciente: marcar Sí o No. Este campo debe completarse siempre que se cuente con la información, por su relevancia sanitaria.

Derivación sugerida DDT: registrar la indicación técnica correspondiente: no acepta derivación, entrevista motivacional, grupo de ayuda mutua, valoración psiquiátrica, salud mental, programa ambulatorio, programa ambulatorio intensivo, programa residencial semiabierto, programa residencial cerrado u otro. Si se selecciona “otro”, debe especificarse.

Derivación al psiquiatra: marcar Sí o No. Corresponde marcar Sí cuando exista puntaje alto en ASSIST, síntomas clínicos relevantes, sospecha de comorbilidad, abstinencia, intoxicación o conducta de riesgo agudo.

Presencia de comorbilidad: registrar Sí o No según evaluación psiquiátrica. Si no hubo evaluación psiquiátrica, consignar “No corresponde” o dejar pendiente.

Indicación farmacológica: registrar Sí o No según evaluación psiquiátrica. Si no hubo evaluación psiquiátrica, consignar “No corresponde” o dejar pendiente.

Situación familiar: consignar la categoría que corresponda: madre con hijos, sin hijos, gestante o lactante. Este campo permite identificar necesidades específicas de apoyo y continuidad asistencial.

Condición de vulnerabilidad: registrar situaciones relevantes como violencia de género, consumo en pareja, situación de calle, ausencia de redes de apoyo u otras condiciones significativas. Debe utilizarse lenguaje objetivo, breve y no estigmatizante.

Estado de la derivación: consignar Derivado cuando se completó la evaluación, la persona aceptó que se realice la sugerencia de derivación correspondiente y la ficha volvió al INR. Consignar Pendiente cuando aún no se ha completado la evaluación, falta valoración psiquiátrica, falta consentimiento o aceptación de la sugerencia, o queda pendiente alguna acción interna necesaria para cerrar el caso.

Motivo de derivación: consignar de forma breve el motivo técnico que fundamenta la derivación. Por ejemplo: “Riesgo moderado con disposición a tratamiento ambulatorio”.

Otras observaciones: registrar información relevante para la continuidad asistencial, por ejemplo necesidad de apoyos específicos, dificultades de adherencia, situación de vulnerabilidad social o coordinación interinstitucional necesaria.

Fecha de derivación final: registrar la fecha en que se completa la derivación y la ficha vuelve al equipo correspondiente del INR.

Criterios de registro con enfoque de género

La información específica de mujeres debe registrarse solo cuando sea pertinente para la continuidad asistencial o el monitoreo institucional. No debe utilizarse para generar valoraciones morales, juicios sobre maternidad ni interpretaciones no fundamentadas.

Debe prestarse especial atención a situaciones de embarazo, lactancia, maternidad, violencia basada en género, dependencia económica o afectiva vinculada al consumo, consumo en pareja, ausencia de redes y comorbilidad psiquiátrica.

Errores frecuentes a evitar

Debe evitarse:

- duplicar el caso en la planilla general y en la hoja de mujeres con información contradictoria;
- omitir la situación familiar cuando es conocida;
- registrar vulnerabilidades en lenguaje valorativo o estigmatizante;
- confundir vulnerabilidad social con diagnóstico clínico;
- marcar “Derivado” si no se completó la evaluación, si la persona no aceptó que se haga la sugerencia o si la ficha no volvió al INR;
- dejar casos pendientes sin seguimiento;
- registrar información sensible que no tenga utilidad para la derivación o continuidad asistencial.
- Registrar información idéntica de distinto modo, por ejemplo: “No accede” y “No quiere ser derivado” o “Programa ambulatorio” y “ambulatorio”. Es importante la consistencia de términos para el posterior análisis estadístico.

6.4. Planilla de Identificación (confidencial)

Uso exclusivo del/la administrativo/a. Permite vincular cada cédula con el nombre y apellido para seguimiento clínico o informes internos. No se comparte con CNE ni con equipos técnicos.

Campo	Descripción / Instructivo
Código de caso	Cédula de identidad.
Nombre completo	Según documento de identidad.
Unidad de ingreso	CIDD Varones / CIDD Mujeres.
Fecha de ingreso institucional	Fecha de ingreso al sistema penitenciario.
Fecha de derivación al DDT	Para control de tiempos administrativos.
Observaciones	Notas administrativas relevantes (por ejemplo: “traslado”, “retirado antes de la entrevista”, etc.).

Aclaraciones para el uso del registro de identificación

Instructivo de uso

Planilla de Identificación Confidencial

La Planilla de Identificación Confidencial tiene como finalidad vincular el código de caso, correspondiente a la cédula de identidad, con el nombre completo de la persona evaluada. Su uso permite asegurar la trazabilidad interna del caso sin exponer datos personales en las planillas técnicas, estadísticas o de circulación institucional.

Esta planilla es de uso restringido y no debe compartirse con la CNE, SND, equipos receptores ni otros actores externos al DDT, salvo autorización institucional expresa o requerimiento formal debidamente justificado.

Responsable

La planilla será completada, custodiada y actualizada exclusivamente por el/la administrativo/a del DDT o por quien cumpla formalmente esa función.

La coordinación local podrá acceder a ella únicamente cuando sea necesario para el seguimiento del caso o el control del circuito documental.

Instructivo por campo

Código de caso: registrar la cédula de identidad de la persona. Debe coincidir exactamente con el código utilizado en la Planilla general, la Ficha Técnica, el Consentimiento Informado y el Protocolo de Derivación.

Nombre completo: registrar nombre y apellido según documento de identidad o registro institucional.

Unidad de ingreso: consignar CIDD Varones o CIDD Mujeres, según corresponda.

Fecha de ingreso institucional: registrar la fecha de ingreso al sistema penitenciario o al CIDD.

Fecha de derivación al DDT: consignar la fecha en que el caso fue formalmente derivado al dispositivo.

Observaciones: registrar únicamente notas administrativas relevantes, tales como traslado, libertad, retiro antes de la entrevista, error de derivación, imposibilidad de contacto o suspensión de la entrevista por motivos institucionales.

Confidencialidad y custodia

Esta planilla debe mantenerse separada del resto de los registros técnicos.

Si se utiliza soporte físico, debe guardarse bajo llave.

Si se utiliza soporte digital, debe almacenarse en archivo protegido por contraseña y con acceso restringido.

No debe enviarse por correo electrónico común, servicios de mensajería ni compartirse en carpetas abiertas. Tampoco debe incorporarse a informes estadísticos.

Errores frecuentes a evitar

Debe evitarse:

- compartir la planilla fuera del DDT;
- incluir datos clínicos en esta planilla;
- usar nombres completos en planillas estadísticas;
- registrar códigos que no coincidan con la ficha técnica;
- dejar casos sin vinculación entre cédula y nombre;
- mantener versiones duplicadas sin control de actualización.

6.5. Ficha técnica para el registro de los profesionales

Código de caso: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Psicólogo/a responsable: _____

Psiquiatra interviniente (si aplica): _____

Unidad: _____

1. Tamizaje ASSIST (OMS, 2010)

Sustancia	Puntaje total	Nivel de riesgo	Observaciones
Alcohol		☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto	
Cannabis		☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto	
Cocaína / Pasta base		☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto	
Otras sustancias		☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto	

Nivel global de riesgo: ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto

2. Entrevista Motivacional Breve (modelo FRAMES)

Sustancia	Registro breve
Feedback (Devolución)	
Responsibility (Responsabilidad personal)	
Advice (Consejo breve)	
Menu (Opciones ofrecidas)	
Empathy (Empatía / receptividad)	
Self-efficacy (Autoeficacia / motivación)	☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto

Estadio de motivación al cambio: ☐ Precontemplativo ☐ Contemplativo ☐ Preparación ☐ Acción

Actitud ante la entrevista: ☐ Colaborativa ☐ Ambivalente ☐ Negativa

Necesidad de seguimiento motivacional: ☐ Sí ☐ No

Derivación a evaluación psiquiátrica: ☐ Sí ☐ No

Observaciones generales de la entrevista: _____

3. Evaluación Clínica (si interviene psiquiatra)

Sustancia	Registro breve
Síntomas de abstinencia o intoxicación	☐ Sí ☐ No
Comorbilidad psiquiátrica aparente	☐ Sí ☐ No
Indicación farmacológica	☐ Sí ☐ No
Observaciones clínicas breves	

4. Derivación sugerida (según riesgo combinado)

Nivel criminógeno	Nivel consumo (ASSIST)	Derivación recomendada
☐ Moderado ☐ Alto	☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto	
Comentarios del profesional:		

5. Cierre del caso

Campo	Descripción
Derivación efectuada	Programa / Servicio:
Consentimiento informado	☐ Sí ☐ No
Fecha de cierre	___/___/___
Profesional responsable del cierre	
Firma	

Instructivo de uso – Ficha técnica para el registro de los profesionales

La Ficha Técnica es el instrumento clínico-operativo central del DDT. Tiene como finalidad documentar la evaluación realizada por los/las profesionales, incluyendo el tamizaje con ASSIST, la intervención motivacional breve, la eventual evaluación psiquiátrica, la derivación sugerida y el cierre técnico del caso.

Debe completarse una ficha por cada persona evaluada. La información registrada en esta ficha fundamenta la derivación sugerida y alimenta el registro administrativo del dispositivo.

Datos iniciales de la ficha

Antes de completar las secciones específicas, deben registrarse los siguientes datos:

- código de caso;
- fecha;
- psicólogo/a responsable;
- psiquiatra interviniente, si aplica;
- unidad;
- tiempo ASSIST.

El código de caso debe coincidir con la cédula registrada en la planilla general.

El campo tiempo ASSIST debe consignar la duración aproximada de la aplicación del instrumento, sin incluir necesariamente el tiempo total de entrevista.

SECCIÓN 1. Tamizaje ASSIST

Instructivo

Registrar los resultados del ASSIST para cada sustancia evaluada, indicando puntaje total, nivel de riesgo y observaciones relevantes.

La ficha incluye alcohol, cannabis, cocaína/pasta base y otras sustancias. En el caso de “otras sustancias”, debe agregarse una fila por cada sustancia detectada que resulte clínicamente relevante.

El nivel de riesgo debe marcarse de acuerdo con los puntos de corte del ASSIST:

- bajo;
- moderado;
- alto.

El **nivel global de riesgo** se define tomando en cuenta el mayor nivel de riesgo identificado y la sustancia clínicamente principal. En caso de policonsumo, debe priorizarse la sustancia que genera mayor daño, malestar, dependencia probable o riesgo sanitario.

Qué registrar en observaciones

Las observaciones deben ser breves y objetivas. Pueden incluir:

- frecuencia relevante de consumo;
- sustancia principal referida;
- consumo previo al ingreso;
- percepción de riesgo;
- uso inyectable;
- preocupación expresada por terceros;
- consecuencias asociadas al consumo;
- cualquier elemento necesario para fundamentar la derivación.

No deben incluirse relatos extensos ni juicios de valor.

SECCIÓN 2. Entrevista Motivacional Breve

Instructivo

Esta sección documenta los componentes principales de la intervención motivacional breve basada en el modelo FRAMES. Debe completarse con frases cortas, objetivas y descriptivas, priorizando lo conversado con la persona y su respuesta ante la devolución técnica.

La intervención motivacional breve debe realizarse con todos los casos, salvo contraindicación clínica, imposibilidad institucional o situación de urgencia que requiera derivación inmediata.

Instructivo por componente

Devolución — Feedback: registrar qué información se devolvió a la persona sobre los resultados del ASSIST y el nivel de riesgo identificado.

Ejemplo: “Se informa riesgo alto por cocaína/pasta base y se explican posibles consecuencias sanitarias y criminógenas”.

Responsabilidad personal — Responsibility: registrar si la persona reconoce, niega o minimiza su participación en el proceso de cambio.

Ejemplo: “Reconoce parcialmente dificultades asociadas al consumo; se muestra ambivalente”.

Consejo breve — Advice: registrar la orientación técnica ofrecida, en términos claros y no confrontativos.

Ejemplo: “Se recomienda aceptar derivación a programa ambulatorio intensivo”.

Opciones — Menu: registrar las alternativas ofrecidas, incluyendo dispositivos de tratamiento, salud mental, ayuda mutua, entrevista motivacional o evaluación psiquiátrica.

Ejemplo: “Se presentan opciones de programa ambulatorio, grupo de ayuda mutua y valoración psiquiátrica”.

Empatía/receptividad — Empathy: registrar la actitud general de la persona durante la entrevista y su receptividad a la intervención.

Ejemplo: “Se mantiene colaborativo, escucha la devolución y realiza preguntas sobre la derivación”.

Autoeficacia/motivación — Self-efficacy: marcar alta, media o baja, según la percepción del/la profesional respecto de la confianza de la persona en su capacidad de iniciar o sostener un cambio.

Ejemplo: “Motivación media; expresa dudas, pero acepta conocer opciones de tratamiento”.

Campos complementarios

Nivel de motivación al cambio: marcar el estadio que mejor describa la disposición actual de la persona frente al cambio, de acuerdo con lo observado durante la entrevista motivacional breve. Este registro debe basarse en el discurso de la persona, su reconocimiento del problema, su nivel de ambivalencia y su disposición a aceptar apoyos o tratamiento.

Precontemplativo: marcar esta opción cuando la persona no reconoce el consumo como un problema, minimiza sus consecuencias o no expresa intención de modificar su conducta. Puede negar la relación entre el consumo y los daños personales, familiares, sanitarios o criminógenos, o considerar que la derivación no es necesaria.

Ejemplo de registro: “No identifica el consumo como problema. Rechaza necesidad de apoyo”.

Contemplativo: marcar esta opción cuando la persona reconoce parcialmente que el consumo puede generarle dificultades, pero mantiene ambivalencia respecto al cambio. Puede expresar preocupación o dudas, aunque todavía no manifiesta una decisión clara de iniciar tratamiento o modificar su conducta.

Ejemplo de registro: “Reconoce consecuencias del consumo, pero duda sobre iniciar tratamiento”.

Preparación: marcar esta opción cuando la persona reconoce la necesidad de cambio y muestra disposición inicial a recibir orientación, considerar alternativas o aceptar una derivación. Aún puede presentar dudas, pero expresa intención de hacer algo al respecto.

Ejemplo de registro: “Acepta conocer opciones de tratamiento y manifiesta intención de reducir el consumo”.

Acción: marcar esta opción cuando la persona acepta activamente la intervención propuesta, manifiesta compromiso con iniciar tratamiento o refiere conductas recientes orientadas al cambio, como haber intentado suspender o reducir el consumo, solicitar ayuda o aceptar una derivación concreta.

Ejemplo de registro: “Acepta derivación sugerida y expresa compromiso de participar en el programa”.

Este campo no debe utilizarse como criterio de exclusión. Su finalidad es orientar la estrategia motivacional, ajustar la forma de presentar la derivación y facilitar que el equipo receptor adecue la intervención inicial al momento subjetivo de la persona.

Actitud ante la entrevista: marcar colaborativa, ambivalente o negativa.

Necesidad de seguimiento motivacional: marcar Sí cuando la persona requiere una nueva instancia motivacional para favorecer adherencia, especialmente si existe indicación de tratamiento y baja disposición inicial.

Derivación a evaluación psiquiátrica: marcar Sí cuando corresponda valoración médica por riesgo alto, síntomas de abstinencia o intoxicación, sospecha de comorbilidad, indicación farmacológica, riesgo agudo o duda clínica relevante.

Observaciones generales de la entrevista: registrar elementos breves que ayuden a comprender la disposición de la persona, la aceptación o rechazo de la derivación y cualquier elemento necesario para la continuidad del caso.

SECCIÓN 3. Evaluación clínica

Si interviene psiquiatra

Esta sección debe completarse únicamente cuando la persona haya sido derivada a evaluación psiquiátrica.

El/la psiquiatra deberá registrar hallazgos clínicos básicos y decisiones terapéuticas iniciales, evitando narraciones extensas. La finalidad de esta sección no es sustituir la historia clínica, sino dejar constancia de los elementos mínimos necesarios para la definición de la derivación.

Instructivo por campo

Síntomas de abstinencia o intoxicación: marcar Sí o No, según valoración clínica.

Comorbilidad psiquiátrica aparente: marcar Sí o No cuando existan indicadores compatibles con patología psiquiátrica concomitante.

Indicación farmacológica: marcar Sí o No, de acuerdo con la decisión del/la psiquiatra.

Observaciones clínicas breves: registrar información mínima necesaria para orientar la continuidad asistencial. En caso de urgencia, debe consignarse la coordinación realizada con SAI-PPL, ASSE u otro servicio de salud.

SECCIÓN 4. Derivación sugerida

Según riesgo combinado

Esta sección debe completarse integrando el nivel de riesgo criminógeno y el nivel de riesgo por consumo identificado mediante ASSIST.

El/la psicólogo/a responsable debe registrar el nivel criminógeno infor-

mado por el equipo de evaluación de riesgo delictual, el nivel de consumo ASSIST y la derivación recomendada.

Si intervino el/la psiquiatra, su valoración puede ajustar la indicación inicial. La derivación final deberá ser ratificada por el/la psicólogo/a responsable y registrada por el/la administrativo/a en la planilla general.

Criterios generales

La derivación debe ser coherente con la tabla de riesgos combinados del programa:

riesgo criminógeno moderado o alto + ASSIST bajo: intervención motivacional breve y orientación preventiva;

riesgo criminógeno moderado + ASSIST moderado: programa ambulatorio no intensivo, PUPD o grupo de ayuda mutua;

riesgo criminógeno moderado + ASSIST alto: programa ambulatorio intensivo o residencial semiabierto;

riesgo criminógeno alto + ASSIST moderado o alto: programa residencial cerrado, residencial semiabierto o modalidad intensiva ambulatoria si no hubiera disponibilidad de las anteriores.

La derivación también debe considerar la capacidad de respuesta de la persona, su disposición a participar, la disponibilidad real de dispositivos y la existencia de criterios clínicos que indiquen intervención sanitaria prioritaria.

Comentarios del profesional

En este campo debe explicitarse brevemente el razonamiento técnico que fundamenta la derivación sugerida.

Ejemplo: “Riesgo criminógeno alto y ASSIST alto por pasta base; se sugiere programa residencial cerrado. La persona acepta conocer la propuesta”.

SECCIÓN 5. Cierre del caso

Instructivo

Esta sección permite dejar constancia de la acción final realizada por el DDT y del cierre técnico-administrativo del caso.

Debe completarse cuando se haya definido la sugerencia de derivación, se haya registrado si la persona acepta o no que se realice dicha sugerencia y se haya completado el circuito de devolución de la ficha al INR.

Instructivo por campo

Derivación efectuada: registrar el programa, servicio o dispositivo sugerido. Si no se realiza derivación, consignar el motivo.

Consentimiento informado: marcar Sí o No. En observaciones, registrar si la persona no acepta que se realice la sugerencia de derivación, si se adjunta constancia de negativa o si se trata de una derivación por urgencia clínica.

Fecha de cierre: registrar la fecha en que se completa la actuación del DDT respecto del caso, incluyendo la devolución de la ficha al INR.

Profesional responsable del cierre: registrar el nombre del/la profesional que ratifica la decisión técnica final.

Firma: debe firmar el/la profesional responsable del cierre.

Notas generales

- La ficha técnica debe acompañar el consentimiento informado y el protocolo de derivación cuando corresponda.
- Los campos deben completarse con letra legible o en formato digital editable.
- El lenguaje debe ser objetivo, descriptivo y breve.
- No deben incluirse juicios de valor ni información clínica innecesaria.

- La ficha debe archivararse bajo el código de caso correspondiente.
- La información de la ficha debe coincidir con la planilla general y con el protocolo de derivación.
- El caso se considera cerrado para el DDT cuando se completó la evaluación, la persona aceptó que se realice la sugerencia de derivación o se dejó constancia de su negativa, y la ficha volvió al INR.

6.6. Consentimiento informado

Ministerio del Interior – Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

Dispositivo de Detección Temprana del Uso Problemático de Sustancias (DDT)

Consentimiento informado para la derivación asistencial

Nombre y apellido: _____

Cédula de identidad: _____

Unidad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

1. Información al participante

Se me informó que, como parte de la evaluación realizada por el Dispositivo de Detección Temprana del Instituto Nacional de Rehabilitación, se detectó la necesidad de derivar mi caso a un servicio o programa de tratamiento especializado en consumo problemático de sustancias o salud mental.

Entiendo que:

- La derivación tiene por objetivo garantizar mi acceso a una atención adecuada y oportuna.
- Mi información personal y los resultados de la evaluación serán utilizados exclusivamente con fines asistenciales y de coordinación interinstitucional.
- Además, los datos podrán ser analizados de forma agregada y anónima con fines estadísticos, de evaluación institucional o de investigación aplicada, sin incluir información que permita identificarse individualmente.
- El personal del INR mantiene el deber de confidencialidad sobre toda la información obtenida en este proceso.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, salvo en casos de urgencia médica o derivación ordenada judicialmente.

2. Autorización

☐ Autorizo al Dispositivo de Detección Temprana a compartir con el servicio o programa de destino la información necesaria para mi atención y a que mis datos sean incluidos en análisis institucionales en forma anónima.

☐ No autorizo la derivación ni el intercambio de información asistencial.

Firma de la persona privada de libertad: _____

Firma y aclaración del profesional responsable: _____

Instructivo de uso - Consentimiento informado para la derivación asistencial

El Consentimiento informado tiene como finalidad dejar constancia de que la persona evaluada fue informada sobre la necesidad de derivación asistencial, el uso de la información obtenida durante el proceso de evaluación y los límites de la confidencialidad.

Debe utilizarse antes de remitir información personal o clínica a un servicio, programa o dispositivo de destino, salvo en situaciones de urgencia médica, riesgo vital o derivación ordenada judicialmente.

Responsable

El consentimiento debe ser presentado y explicado por el/la profesional responsable de la evaluación, preferentemente el/la psicólogo/a tratante dentro del DDT.

El/la administrativo/a no debe sustituir la explicación técnica del consentimiento, aunque puede encargarse de archivar y adjuntar el documento al protocolo correspondiente.

Momento de aplicación

Debe solicitarse luego de la evaluación técnica y antes de formalizar el Protocolo de Derivación Asistencial.

La persona debe recibir una explicación clara, breve y comprensible sobre:

- el motivo de la derivación;
- el servicio o programa sugerido;
- qué información se compartirá;
- con qué finalidad se compartirá;
- el uso anónimo de datos para fines estadísticos, institucionales o de investigación aplicada;
- su derecho a aceptar o rechazar la derivación.

Instructivo para completar

Deben registrarse:

- nombre y apellido;
- cédula de identidad;
- unidad;
- fecha;
- opción de autorización o no autorización;
- firma de la persona privada de libertad;
- firma y aclaración del/la profesional responsable.

Debe marcarse solo una de las dos opciones:

Autoriza: cuando la persona acepta que el DDT comparta con el servicio o programa de destino la información necesaria para su atención y que sus datos sean utilizados de forma anónima para análisis institucionales.

No autoriza: cuando la persona no acepta la derivación ni el intercambio de información asistencial. En este caso, debe registrarse el motivo en la ficha técnica y, si corresponde, continuar con orientación preventiva o intervención motivacional.

Casos de negativa

Si la persona no consiente la derivación, esto no debe interpretarse automáticamente como cierre sin intervención. El/la profesional deberá registrar la negativa, explorar brevemente los motivos y, si corresponde, reforzar la información sobre los riesgos y las alternativas disponibles.

La negativa debe quedar consignada en:

- Consentimiento informado;
- Ficha Técnica;
- Planilla general;

Casos de urgencia clínica

En casos de urgencia médica, riesgo vital, intoxicación, abstinencia severa, ideación suicida, conducta de riesgo agudo o descompensación psiquiátrica, el/la psiquiatra o médico/a podrá disponer la derivación asistencial sin consentimiento previo, dejando constancia expresa:

“Derivación efectuada por urgencia clínica conforme a protocolos de salud”.

Notas operativas:

- El consentimiento se firma en duplicado: un ejemplar queda en la ficha técnica y otro se adjunta al Protocolo de Derivación.
- Si la persona no consiente, se registra el motivo en la ficha técnica.
- En casos de urgencia médica o riesgo vital, el psiquiatra puede derivar sin consentimiento previo, dejando constancia: “Derivación efectuada por urgencia clínica conforme a protocolos de salud”.

6.7. Protocolo de Derivación Asistencial

Nombre y apellido: _____

Cédula de identidad: _____

Unidad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Profesional responsable: _____

Cargo: ☐ Psicólogo/a ☐ Psiquiatra ☐ Otro: _____

Datos generales del caso

Nivel de riesgo criminógeno (según equipo delictual)	☐ Moderado ☐ Alto
Nivel de riesgo por consumo (según ASSIST)	☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto
Intervención previa realizada en el dispositivo	☐ Intervención motivacional breve
☐ Evaluación psiquiátrica	☐ Sí ☐ No (adjuntar constancia de negativa)
☐ Ambas	
Consentimiento informado firmado	☐ Sí ☐ No (adjuntar constancia de negativa)
Diagnóstico o motivo principal de derivación	
Tipo de estadio motivacional	☐ Precontemplativo ☐ Contemplativo ☐ Preparación
☐ Acción	

Servicio o programa de destino

Tipo de dispositivo o programa	☐ Programa ambulatorio
	☐ Programa ambulatorio intensivo
	☐ Programa residencial semiabierto
	☐ Programa residencial cerrado
	☐ Atención en salud mental (ASSE / SAI-PPL)
	☐ Grupo de ayuda mutua (NA / AA)
	Otros especificar:
Indicaciones y/o valoraciones del/la profesional en psiquiatría	

Observaciones relevantes y justificación de la sugerencia de derivación.

(Registrar información breve que contribuya a la continuidad del proceso asistencial. No incluir datos sensibles o clínicos no necesarios.) _____

Nota: especificar los motivos de derivación a salud mental, considerando que en algunos casos la derivación responde a la necesidad de valoración psiquiátrica cuando la psiquiatra del equipo no se encuentra disponible; elaborar brevemente la sugerencia de tratamiento, de forma que quede claro el razonamiento técnico que fundamenta la opción propuesta.

Instructivo de uso

Protocolo de Derivación Asistencial

El Protocolo de Derivación Asistencial tiene como finalidad formalizar la sugerencia de derivación de la persona evaluada por el DDT hacia el servicio, programa o dispositivo correspondiente. Debe completarse cuando la evaluación técnica indique la necesidad de continuidad asistencial fuera del dispositivo de detección.

Este protocolo no sustituye la Ficha Técnica ni el Consentimiento Informado. Su función es comunicar al INR y al circuito institucional correspondiente la información mínima necesaria para orientar la continuidad del caso.

Responsable

El protocolo será completado por el/la profesional responsable de la derivación, pudiendo ser psicólogo/a, psiquiatra u otro/a profesional interviniente.

El/la administrativo/a del DDT será responsable de recibir el protocolo completo, verificar que cuente con los campos mínimos, registrarlo en la planilla general y canalizar su devolución al INR por los medios institucionales definidos.

Datos iniciales

Deben completarse los siguientes datos:

- nombre y apellido;
- cédula de identidad;
- unidad;
- fecha;
- profesional responsable;
- cargo del/la profesional.

Estos datos identifican a la persona y al/la profesional que fundamenta la derivación. Deben manejarse bajo criterios de confidencialidad y solo circular por los canales institucionales previstos.

Datos generales del caso

Nivel de riesgo criminógeno

Marcar moderado o alto, según la información proporcionada por el equipo de evaluación de riesgo delictual.

Nivel de riesgo por consumo

Marcar bajo, moderado o alto, según el resultado del ASSIST.

Cuando existan varias sustancias con distinto nivel de riesgo, debe considerarse la sustancia principal y/o el nivel más alto de riesgo identificado.

Intervención previa realizada en el dispositivo

Marcar la intervención realizada antes de la derivación:

- intervención motivacional breve;
- evaluación psiquiátrica;
- ambas.

Este campo permite conocer qué acciones ya fueron realizadas por el DDT.

Consentimiento informado firmado

Marcar Sí cuando la persona aceptó que se realice la sugerencia de derivación y autorizó el intercambio de información asistencial necesario.

Marcar No cuando la persona no consintió. En ese caso, debe adjuntarse constancia de negativa.

En casos de urgencia clínica o riesgo vital, puede realizarse la derivación sin consentimiento previo, dejando constancia expresa en observaciones.

Diagnóstico o motivo principal de derivación

Registrar el motivo técnico principal de la derivación en forma breve, objetiva y funcional.

No debe incluirse información clínica innecesaria ni narraciones extensas.

Ejemplos:

“Riesgo ASSIST alto por cocaína/pasta base.

Riesgo combinado alto: riesgo criminógeno alto y consumo de alto riesgo.

Necesidad de valoración psiquiátrica por síntomas de abstinencia.

Baja motivación inicial; se sugiere dispositivo con abordaje motivacional y la persona se muestra interesada.”

Tipo de estadio motivacional

Marcar el estadio que mejor describa la disposición actual de la persona frente al cambio:

Precontemplativo: no reconoce el consumo como problema o no considera necesario cambiar.

Contemplativo: reconoce algún problema o ambivalencia, pero aún no decide iniciar un cambio.

Preparación: expresa intención de cambio o disposición a iniciar una intervención.

Acción: ya manifiesta conductas orientadas al cambio o acepta activamente la derivación propuesta.

Este campo no debe utilizarse como criterio de exclusión, sino como información útil para orientar la estrategia inicial del dispositivo receptor o del equipo que continúe el abordaje.

Servicio o programa de destino

Tipo de dispositivo o programa

Marcar el dispositivo sugerido según la evaluación técnica:

Cuando se seleccione “otros”, debe especificarse el recurso o servicio recomendado.

Indicaciones y/o valoraciones del/la profesional en psiquiatría

Completar este campo cuando haya intervenido el/la psiquiatra o cuando la derivación requiera fundamentación clínica específica.

Debe registrarse información breve y pertinente, por ejemplo:

“Se sugiere valoración por salud mental ante síntomas depresivos”.

“Se indica tratamiento farmacológico inicial y seguimiento por salud”.

“No se constatan síntomas de abstinencia al momento de la evaluación”.

“Se recomienda priorizar ingreso a dispositivo intensivo por dependencia probable”.

Si no intervino psiquiatría, puede consignarse “No corresponde” o “Sin intervención psiquiátrica”.

Observaciones relevantes y justificación de la sugerencia de derivación

Este campo debe utilizarse para fundamentar brevemente la derivación sugerida. Debe quedar claro el razonamiento técnico que explica por qué se propone ese dispositivo o nivel de intensidad. La redacción debe ser objetiva, breve y centrada en la continuidad asistencial.

No deben incluirse datos sensibles o clínicos que no sean necesarios para el servicio receptor o para el equipo que continúe el abordaje.

Ejemplos:

“Se sugiere programa ambulatorio intensivo por riesgo ASSIST alto y riesgo criminógeno moderado. La persona acepta conocer la propuesta”.

“Se sugiere residencial semiabierto por riesgo combinado alto, con disposición parcial a tratamiento”.

“Se deriva a salud mental para valoración psiquiátrica, dado que la psiquiatra del equipo no se encuentra disponible y se identifican síntomas clínicos relevantes”.

“Se mantiene ambivalente, pero acepta entrevista de orientación”.

Nota específica sobre derivación a salud mental

Cuando se derive a salud mental, debe especificarse brevemente el motivo. Esto es especialmente importante en los casos en que la derivación responde a la necesidad de valoración psiquiátrica ya que el/la psiquiatra del DDT no se encuentra disponible.

Debe quedar claro si la derivación se realiza por:

- sospecha de comorbilidad psiquiátrica;
- síntomas de abstinencia o intoxicación;
- riesgo suicida o autolesivo;
- descompensación emocional;
- necesidad de indicación farmacológica;
- ausencia de psiquiatra disponible en el DDT;
- requerimiento de seguimiento clínico.

Archivo y circulación

El protocolo completo debe entregarse al/la administrativo/a del DDT para su registro, devolución al INR y archivo.

Debe archivar-se junto con:

- Ficha Técnica;
- Consentimiento Informado;
- registros administrativos correspondientes.

La información debe circular únicamente por canales institucionales definidos y con criterio de mínima información necesaria.

6.8. Notificación a la Coordinación Nacional de Evaluación (CNE)

Este protocolo será incorporado en la base digital del DDT y remitido automáticamente a la CNE con la siguiente información mínima:

- Nombre y cédula de la persona derivada
- Programa o servicio de destino
- Fecha de derivación
- Profesionales responsables de la evaluación y derivación

La CNE será la encargada de realizar el seguimiento institucional de los casos derivados y de registrar los ingresos efectivos a tratamiento, informando de los mismos a la Coordinación Nacional de Tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Babor, T. F., Del Boca, F. K., & Bray, J. W. (2017). Screening, brief intervention and referral to treatment: Implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112 (Suppl. 2), 110-117. <https://doi.org/10.1111/add.13675>
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, S. H., & Bray, J. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30.
- Cumming, C., Kinner, S. A., McKetin, R., Young, J. T., Li, I., & Preen, D. B. (2023). The predictive validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) for moderate- to high-risk cannabis, methamphetamine and opioid use after release from prison. *Addiction*, 118(6), 1107-1115. <https://doi.org/10.1111/add.16138>
- Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). (2019). Manual de aplicación OASys SNT – Versión 2.0. Subdirección Nacional Técnica, Uruguay.
- Junta Nacional de Drogas (JND), Ministerio del Interior (2024). Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay. Secretaría Nacional de Drogas e Instituto Nacional de Rehabilitación. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Plan%20nacional%20para%20el%20abordaje%20del%20>

[UPD %20en %20personas %20sujetas %20a %20sancio-
nes %20penales %20 %282 %29.pdf](#)

Lee, C.-T., Lin, C.-Y., Koós, M., Nagy, L., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., Pakpour, A. H., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Smith, L., Jacob, L., Koyanagi, A., Stubbs, B., & Ganesan, B. (2023). The eleven-item Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-11): Cross-cultural psychometric evaluation across 42 countries. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.033>

Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. B., Clark, H. W. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 280–295.

Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Gonzales, A., Moseley, A., Peterson, T., O’Grady, K. E., Schwartz, R. P. (2012). SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 463–472.

Prendergast, M. L., Cartier, J., & Lee, A. B. (2014). Considerations for introducing SBIRT into a jail setting. *Offender Programs Report*, 17(6), 81–86.

Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, 27(3), 437–449.

UCLA Integrated Substance Abuse Programs (UCLA ISAP) (2010). Evaluation report for the Los Angeles County Screening, Brief Intervention, Referral, and Treatment (SBIRT) project. Los Angeles: Author.

World Health Organization (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development,

reliability and feasibility. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization ASSIST Working Group (2002). The development, reliability and feasibility of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 97(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>

World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>

Orientación técnica para diferenciar modalidades de tratamiento sugeridas en el DDT

1. Criterio general

Las modalidades de tratamiento sugeridas a partir del Dispositivo de Detección Temprana deben entenderse como **niveles de intensidad, estructura y contención**, y no como nombres de programas específicos.

La sugerencia de modalidad surge de una lectura combinada de:

- severidad del consumo problemático;
- riesgo asociado al consumo;
- riesgo criminógeno;
- estabilidad clínica e institucional;
- motivación para el cambio;
- capacidad de sostener el proceso;
- necesidad de estructura ambiental;
- presencia de otros factores de riesgo o necesidades criminógenas;
- disponibilidad de recursos institucionales;
- disposición actual de la persona a aceptar la modalidad sugerida.

La pregunta orientadora no es solamente si la persona consume o no consume, sino **qué nivel de estructura, frecuencia, acompañamiento y gestión del caso necesita para sostener un proceso de cambio**.

En todas las modalidades intensivas, la intervención debe organizarse desde el **modelo de Riesgo, Necesidad y Responsividad —RNR—**. Esto implica ajustar la intensidad de la respuesta al nivel de riesgo, priorizar las necesidades criminógenas dinámicas vinculadas a la conducta delictiva y al consumo, y adecuar la intervención a las características, capacidades, motivación, estilo de aprendizaje y condiciones personales de la persona evaluada.

Cuando la persona presenta un nivel de riesgo que justificaría una modalidad intensiva, pero se encuentra en una etapa precontemplativa y rechaza todas las propuestas de mayor intensidad, podrá considerarse una alternativa de menor umbral como estrategia de enganche inicial. En esos casos, debe quedar claro que no sustituye la modalidad indicada por riesgo, sino que funciona como recurso motivacional para iniciar vínculo, favorecer problematización y preparar una eventual derivación posterior hacia un dispositivo más intensivo.

2. Tratamiento residencial cerrado

Definición

Es la modalidad de **mayor intensidad, estructura y contención**. La persona convive con otros participantes del tratamiento en un espacio específico y desarrolla allí mismo la vida cotidiana y las actividades terapéuticas, deportivas, recreativas y ocupacionales previstas por el dispositivo.

En esta modalidad, no solo la convivencia se organiza entre pares en tratamiento, sino que también la rutina diaria, los grupos, las actividades terapéuticas cotidianas, el seguimiento técnico y la mayor parte de las intervenciones vinculadas al abordaje del consumo se concentran dentro del mismo entorno residencial.

Se trata de un espacio altamente protegido, orientado a que la persona pueda estabilizarse, ordenar hábitos, reducir riesgos y prepararse progresivamente para afrontar luego la convivencia con otros, la participación en espacios institucionales más amplios y el tránsito hacia modalidades de mayor autonomía.

El residencial cerrado no debe entenderse como un dispositivo que resuelve por sí solo la totalidad de los factores de riesgo presentes. Su principal función es brindar una primera etapa de alta contención y tratamiento intensivo del consumo problemático y de los factores más directamente asociados a la desorganización actual. Por ello, desde el inicio del proceso deberá preverse e intencionarse la derivación posterior hacia unidades, sectores o espacios institucionales donde la persona pueda continuar trabajando otros factores asociados, especialmente los vinculados a educación, capacitación, trabajo, vínculos familiares, preparación para el egreso y proyecto de vida.

En este sentido, el residencial cerrado debe ser pensado como una etapa intensiva dentro de un proceso más amplio de intervención, y no como una respuesta aislada o final.

Se sugiere cuando el consumo problemático es severo, persistente o altamente desorganizante, y cuando la persona no logra sostener cambios en contextos menos estructurados.

Gestión del caso desde el modelo RNR

En el residencial cerrado, la gestión del caso debe ser intensiva y organizada desde el modelo RNR. Esto implica:

- construir un plan individual de tratamiento;
- identificar los principales factores de riesgo dinámicos;
- priorizar las necesidades criminógenas vinculadas al consumo, conducta delictiva, pares, impulsividad, habilidades de afrontamiento, regulación emocional, familia, educación, trabajo u otros factores relevantes;
- definir qué factores serán abordados dentro del dispositivo residencial y cuáles requerirán coordinación o derivación posterior;
- coordinar las intervenciones necesarias dentro del dispositivo;
- monitorear avances, dificultades y riesgos de recaída;
- ajustar el nivel de intervención según la evolución;
- preparar progresivamente condiciones para el egreso o pasaje a modalidades de menor intensidad;
- intencionar la derivación hacia unidades o espacios donde puedan trabajarse los factores educativos, laborales, familiares y de integración institucional que no serán abordados suficientemente dentro del residencial cerrado.

Perfil orientativo

Se sugiere cuando se identifican una o varias de las siguientes situaciones:

- consumo problemático severo;
- alto riesgo de recaída o continuidad del consumo;

- baja capacidad de autocontrol en contextos comunes;
- consumo altamente desorganizante;
- antecedentes de fracaso en modalidades menos intensivas;
- necesidad de separación temporal de entornos que facilitan el consumo;
- requerimiento de rutina, supervisión y acompañamiento diario;
- presencia de múltiples factores de riesgo que requieren abordaje coordinado e intensivo.

Objetivo principal

Estabilizar, ordenar hábitos, reducir riesgos, trabajar intensivamente el consumo problemático y los factores asociados a la desorganización actual, y sostener un proceso terapéutico en un entorno protegido, estructurado y de alta contención.

Asimismo, debe preparar a la persona para transitar hacia otros espacios institucionales donde pueda continuar abordando factores de riesgo relevantes, especialmente educativos, laborales, familiares y de integración social.

Speech sugerido para la PPL

“Por lo que conversamos y por lo que surge de la evaluación, vemos que en este momento necesitás una modalidad con más apoyo y más estructura. No se trata solo de participar en algunos encuentros, sino de contar con un espacio donde la rutina diaria, las actividades y el acompañamiento estén organizados para ayudarte a cortar con situaciones que hoy te están poniendo en riesgo.

La idea no es castigarte ni aislarte, sino ofrecerte un contexto más protegido, donde puedas trabajar el consumo, ordenar hábitos, pensar tus decisiones y prepararte de a poco para convivir mejor con otros, participar en otros espacios y avanzar hacia más autonomía.

Este espacio no es el final del proceso. Es una primera etapa para ayudarte a estabilizarte y prepararte. Después habrá que pensar contigo otros lugares o actividades donde puedas seguir trabajando temas importantes, como estudio, capacitación, trabajo, vínculos familiares o preparación para el egreso. También se va a armar contigo un plan de tratamiento, para ver qué cosas necesitás trabajar ahora y qué apoyos habrá que coordinar después dentro de la institución.”

3. Tratamiento residencial semiabierto

Definición

Es una modalidad de **alta intensidad**, pero con un nivel de apertura mayor que el residencial cerrado. Al igual que en el cerrado, la convivencia se organiza entre pares que participan del tratamiento, en un espacio residencial específico.

La diferencia central es que, en el semiabierto, algunas actividades terapéuticas, educativas, laborales, deportivas, recreativas o de integración pueden desarrollarse en otros espacios y compartirse con personas que no necesariamente integran el dispositivo residencial. Es decir, la convivencia sigue siendo entre pares en tratamiento, pero parte de la rutina se articula con espacios más amplios de la unidad o de la red institucional.

Se sugiere cuando la persona necesita una estructura terapéutica fuerte, pero puede beneficiarse de una mayor progresividad, circulación controlada e integración con otros espacios.

Gestión del caso desde el modelo RNR

En el residencial semiabierto, la gestión del caso debe organizarse desde el modelo RNR, combinando tratamiento intensivo con progresividad. Esto implica:

- construir un plan individual de tratamiento;
- identificar factores de riesgo y necesidades criminógenas prioritarias;
- definir objetivos de intervención vinculados al consumo y a otros factores de riesgo;
- coordinar actividades terapéuticas, educativas, laborales, familiares, sanitarias o de egreso;
- evaluar la capacidad de la persona para sostener espacios compartidos fuera del ámbito residencial;
- monitorear riesgos asociados a la mayor apertura;
- fortalecer autonomía progresiva sin perder seguimiento técnico.

Perfil orientativo

Se sugiere cuando se identifican una o varias de las siguientes situaciones:

- consumo problemático moderado a severo;
- necesidad de mayor contención que la ofrecida por una modalidad ambulatoria;
- dificultades para sostener el cambio en sectores comunes;
- cierto nivel de estabilidad conductual o motivacional;
- posibilidad de participar en una convivencia organizada;
- necesidad de progresividad hacia mayor autonomía;
- presencia de factores de riesgo que requieren coordinación técnica sostenida.

Objetivo principal

Sostener un tratamiento intensivo en un contexto residencial estructurado, fortalecer hábitos, reducir exposición a riesgos, trabajar necesidades criminógenas relevantes y preparar progresivamente condiciones de mayor autonomía.

Speech sugerido para la PPL

“En tu caso pensamos en una modalidad que tiene bastante apoyo y estructura, pero que también permite ir trabajando de a poco más autonomía. La convivencia sería con otras personas que también están en tratamiento, pero algunas actividades pueden hacerse en otros espacios de la unidad o con otros grupos.

Esto puede ayudarte a sostener un proceso sin quedar solo con tu voluntad. La idea es que tengas una rutina, acompañamiento técnico y un plan de tratamiento, pero también oportunidades para ir probando cómo te manejas en espacios más abiertos, con apoyo y seguimiento.”

4. Tratamiento ambulatorio intensivo

Definición

Es una modalidad de **intensidad media-alta**, sin convivencia residencial. La persona permanece alojada en su unidad, sector o módulo de origen, pero participa en una intervención frecuente, estructurada y con seguimiento técnico sostenido.

Se caracteriza por una frecuencia aproximada de **tres encuentros grupales por semana**, complementados con **encuentros individuales con su gestor/a de caso**.

En estos espacios individuales se deberá construir un **plan de tratamiento**, orientado no solo al abordaje del consumo problemático, sino también a la coordinación con otros espacios institucionales para atender los demás factores de riesgo o necesidades presentes.

Esto implica que el tratamiento ambulatorio intensivo no se limita a la participación en grupos. Requiere seguimiento individual, definición de objetivos, articulación con el PIT o plan de intervención correspondiente, coordinación con salud, educación, trabajo, familia, egreso u otros dispositivos institucionales, según la situación de cada persona.

Gestión del caso desde el modelo RNR

En el ambulatorio intensivo, la gestión del caso es un componente central. Desde el modelo RNR, implica:

- ajustar la intensidad de la intervención al nivel de riesgo;
- identificar necesidades criminógenas dinámicas;
- priorizar objetivos de tratamiento vinculados al consumo y a otros factores asociados;
- elaborar un plan individual de tratamiento;
- coordinar con otros espacios institucionales para atender factores de riesgo no abordables exclusivamente desde el grupo;
- sostener encuentros individuales con gestor/a de caso;
- monitorear asistencia, participación, motivación, avances y dificultades;
- revisar periódicamente si la modalidad sigue siendo adecuada o si requiere mayor o menor intensidad.

Perfil orientativo

Se sugiere cuando se identifican una o varias de las siguientes situaciones:

- consumo problemático moderado o alto;
- necesidad de intervención estructurada y frecuente;
- estabilidad mínima para asistir y participar;
- capacidad de permanecer en su contexto actual sin desorganización grave;
- motivación suficiente o trabajable;
- presencia de otros factores de riesgo que requieren coordinación institucional;
- necesidad de seguimiento cercano, pero no de convivencia terapéutica.

Objetivo principal

Intervenir de manera sistemática sobre el consumo, los factores asociados, la prevención de recaídas, la motivación, las habilidades de afrontamiento y el proyecto de cambio, articulando el tratamiento con otros espacios institucionales necesarios para el abordaje integral del caso.

Speech sugerido para la PPL

“Por lo que surge de la evaluación, entendemos que te puede servir una modalidad ambulatoria intensiva. Eso significa que no tendrías que cambiar de lugar de alojamiento ni convivir en un espacio residencial de tratamiento, pero sí participar en un proceso más frecuente y ordenado.

La propuesta incluye grupos varias veces por semana y también encuentros individuales con un referente o gestor de caso. Con esa persona vas a poder armar un plan de tratamiento: ver qué querés cambiar, qué cosas te ponen en riesgo, qué apoyos necesitás y cómo coordinar con otros espacios, por ejemplo salud, educación, trabajo, familia o preparación para el egreso.

No se trata solo de hablar del consumo. Se trata de armar un plan más completo para que puedas avanzar con más herramientas y menos riesgo de volver a situaciones que te compliquen.”

5. Tratamiento ambulatorio no intensivo

Definición

Es una modalidad de **menor intensidad**, estructurada pero menos frecuente y con menor nivel de exigencia que el ambulatorio intensivo. No implica convivencia residencial, seguimiento diario ni gestión individual intensiva del caso.

Se caracteriza por una frecuencia aproximada de **uno o dos encuentros semanales**, con un enfoque principalmente **motivacional, psicoeducativo y preventivo**.

Su propósito es favorecer la reflexión sobre el consumo, aumentar la percepción de riesgo, fortalecer la motivación para el cambio, brindar información clara y promover estrategias básicas de autocuidado, reducción de riesgos y prevención de agravamiento.

A diferencia del ambulatorio intensivo, no requiere necesariamente la construcción de un plan individual de tratamiento con gestor de caso ni una coordinación sistemática con otros dispositivos institucionales, salvo que durante el proceso se identifiquen necesidades que ameriten una derivación o intervención complementaria.

Uso como modalidad indicada

El ambulatorio no intensivo está indicado cuando la evaluación muestra que la persona requiere una intervención por consumo, pero no presenta un nivel de severidad, riesgo o desorganización que justifique una modalidad intensiva.

En estos casos, no funciona como sustituto de una intervención de mayor intensidad, sino como la respuesta proporcional al nivel de necesidad identificado. Su baja exigencia relativa, su frecuencia

acotada y su enfoque motivacional y psicoeducativo permiten intervenir tempranamente, fortalecer factores de protección y prevenir el agravamiento del patrón de consumo.

Uso como estrategia de bajo umbral ante rechazo de modalidades intensivas

En algunos casos, la evaluación puede indicar que la persona requiere una modalidad de mayor intensidad —residencial cerrada, residencial semiabierta o ambulatoria intensiva—, pero la persona se encuentra en una etapa precontemplativa, no reconoce la necesidad de tratamiento o rechaza participar en las propuestas que le corresponderían según su nivel de riesgo.

Cuando esto ocurre, y siempre que no existan criterios clínicos o institucionales que exijan una intervención prioritaria de mayor contención, el ambulatorio no intensivo puede ofrecerse como **estrategia de último recurso y bajo umbral**.

En estos casos, su finalidad no es sustituir la modalidad intensiva indicada, sino:

- iniciar un vínculo técnico;
- reducir resistencia;
- favorecer la problematización del consumo;
- trabajar motivación para el cambio;
- sostener una puerta de entrada al sistema de tratamiento;
- preparar una derivación posterior hacia una modalidad más intensiva cuando la persona esté en mejores condiciones de aceptarla.

Por tanto, cuando se utiliza en personas que requerirían mayor intensidad, debe registrarse que se ofrece como alternativa motivacional inicial ante el rechazo de la modalidad indicada, y debe mantenerse la revisión periódica del caso para valorar una nueva derivación.

Perfil orientativo

Se sugiere cuando se identifican una o varias de las siguientes situaciones:

- consumo problemático leve a moderado;
- riesgo asociado bajo o moderado;
- mayor estabilidad clínica e institucional;
- posibilidad de participar en espacios grupales o individuales de menor frecuencia;
- baja o moderada problematización del consumo;
- necesidad de orientación, psicoeducación, motivación, reducción de riesgos o prevención de agravamiento;
- ausencia de indicadores de desorganización severa;
- ausencia de necesidad de gestión intensiva del caso.

También puede considerarse, de forma excepcional, cuando la persona presenta mayor riesgo y le correspondería una modalidad intensiva, pero se encuentra en etapa precontemplativa y rechaza participar en esa modalidad. En ese caso, el ambulatorio no intensivo se utiliza como estrategia de enganche, motivación y preparación para una derivación posterior.

Objetivo principal

Favorecer conciencia de problema, fortalecer motivación, brindar herramientas básicas de autocuidado, trabajar reducción de riesgos y prevenir la progresión hacia patrones de mayor severidad.

Cuando se utiliza como estrategia de bajo umbral en personas con mayor riesgo, su objetivo principal es generar condiciones mínimas de vínculo, motivación y disposición para aceptar posteriormente una intervención más intensiva.

Speech sugerido para la PPL cuando el ambulatorio no intensivo está indicado

“Por lo que conversamos y por lo que surge de la evaluación, en este momento no parece necesario que participes en una modalidad intensiva o residencial. De todos modos, sí puede ser útil que tengas un espacio para pensar el consumo, revisar algunos riesgos y contar con herramientas para cuidarte.

La propuesta sería participar en uno o dos encuentros por semana. No es un tratamiento pesado ni de alta exigencia. Es un espacio más bien motivacional y psicoeducativo, para que puedas mirar con más claridad qué lugar está ocupando el consumo en tu vida, qué cosas querés evitar y qué decisiones pueden ayudarte a estar mejor.

La idea es trabajar a tiempo, antes de que el consumo te genere más problemas o te cierre posibilidades.”

Speech sugerido para la PPL cuando se usa como estrategia excepcional de bajo umbral

“En tu caso vemos algunos elementos que nos hacen pensar que te vendría bien una intervención más intensiva. Pero también entendemos que hoy no te sentís preparado o no querés participar en una propuesta de ese tipo.

Por eso, podemos empezar por una modalidad más liviana, con uno o dos encuentros por semana, para conversar sobre el consumo, revisar si te está trayendo problemas y pensar qué cosas querés cuidar. No te estamos pidiendo que aceptes de entrada un tratamiento más intenso, sino que te des la oportunidad de empezar por algo más accesible.

La idea es que este espacio te ayude a aclarar dónde estás parado, qué querés hacer y qué apoyos podrías necesitar más adelante. Si en algún momento ves que te sirve avanzar hacia una propuesta más completa, podemos volver a pensarlo contigo.”

6. Grupos de apoyo

Definición

Los grupos de apoyo constituyen una modalidad adecuada para personas que **no requieren intervenciones estructuradas de tratamiento**, o como complemento de otras modalidades cuando corresponde.

No equivalen a una intervención clínica intensiva ni a un programa estructurado de tratamiento. Su valor está en el sostén entre pares, la identificación con otras personas que atraviesan experiencias similares y el fortalecimiento de la motivación para sostener cambios.

Perfil orientativo

Se sugieren cuando la persona:

- no requiere tratamiento estructurado;
- presenta estabilidad suficiente;
- no tiene indicadores de severidad que ameriten modalidad intensiva o residencial;
- puede beneficiarse de un espacio de apoyo entre pares;
- cuenta con motivación para participar;
- requiere sostén para mantener decisiones de cuidado o cambio.

Objetivo principal

Sostener motivación, favorecer apoyo entre pares, compartir experiencias de cambio y fortalecer continuidad en el cuidado.

Speech sugerido para la PPL

“En tu situación no vemos necesario indicarte un tratamiento estructurado o intensivo. Pero sí puede ayudarte participar en un grupo de apoyo, donde otras personas también trabajan temas relacionados al consumo y al cambio.

La idea es que no lo atraveses solo, que puedas escuchar experiencias, compartir si querés y encontrar estrategias que a otros les han servido. Puede ser un espacio de sostén para mantener decisiones que te cuiden.”

7. Cuadro comparativo de modalidades

Modalidad	Intensidad	Convivencia	Frecuencia / actividades	Gestión del caso
Residencial cerrado	Muy alta	Sí, entre pares en tratamiento	Vida cotidiana y actividades terapéuticas, deportivas, recreativas y ocupacionales concentradas dentro del dispositivo residencial. Requiere prever derivación posterior para trabajar factores educativos, laborales y otros factores asociados no abordados allí suficientemente.	Sí, intensiva, desde modelo RNR

Modalidad	Intensidad	Convivencia	Frecuencia / actividades	Gestión del caso
Residencial semiabierto	Alta	Sí, entre pares en tratamiento	Convivencia residencial específica, con actividades que pueden desarrollarse en otros espacios y compartirse con otras personas	Sí, intensiva, desde modelo RNR
Ambulatorio intensivo	Media-alta	No residencial; permanece en su sector/ unidad	Aproximadamente tres grupos semanales más encuentros individuales	Sí, con gestor/a de caso, plan de tratamiento y coordinación institucional desde modelo RNR
Ambulatorio no intensivo	Baja-media	No residencial; permanece en su sector/ unidad	Uno o dos encuentros semanales	No requiere gestión intensiva; enfoque motivacional y psicoeducativo. Puede utilizarse excepcionalmente como bajo umbral ante rechazo de la modalidad intensiva indicada
Grupos de apoyo	Baja / complementaria	No residencial	Según disponibilidad del recurso	No corresponde gestión técnica del caso como tratamiento estructurado

8. Criterio práctico para orientar la derivación

A mayor severidad del consumo, mayor riesgo criminógeno, menor estabilidad, mayor exposición a contextos de consumo y mayor presencia de necesidades criminógenas no abordadas, mayor intensidad debe tener la modalidad sugerida.

En cambio, cuando la persona presenta mayor estabilidad, menor severidad, menor riesgo asociado y mejor capacidad de sostener decisiones de cuidado, pueden sugerirse modalidades de menor intensidad, como ambulatorio no intensivo o grupos de apoyo.

La diferencia central entre modalidades puede resumirse así:

- **Residencial cerrado:** convivencia y actividades concentradas dentro del dispositivo, en un entorno altamente protegido. Debe preparar a la persona para continuar luego el abordaje de

otros factores de riesgo en unidades o espacios institucionales adecuados, especialmente educación, trabajo, familia y egreso.

- **Residencial semiabierto:** convivencia entre pares en tratamiento, con actividades que pueden compartirse en otros espacios.
- **Ambulatorio intensivo:** tratamiento frecuente, plan individual y gestión de caso desde RNR, sin convivencia residencial.
- **Ambulatorio no intensivo:** intervención motivacional y psicoeducativa, una o dos veces por semana, sin gestión intensiva del caso. Puede utilizarse excepcionalmente como estrategia de bajo umbral cuando la persona rechaza la modalidad intensiva que le correspondería, con el objetivo de trabajar motivación y preparar una derivación posterior.
- **Grupos de apoyo:** sostén entre pares para quienes no requieren intervención estructurada.

9. Frase síntesis para el equipo

La modalidad sugerida debe responder a la pregunta: **¿cuánta estructura, frecuencia, contención y gestión técnica necesita esta persona para sostener un cambio posible y reducir sus factores de riesgo?**

Las modalidades intensivas requieren gestión del caso desde el modelo RNR. Esto significa que no alcanza con derivar a un espacio grupal: debe existir una lectura del riesgo, identificación de necesidades criminógenas, definición de objetivos, adecuación de la intervención a las características de la persona y coordinación con otros recursos institucionales.

En el caso del residencial cerrado, esa gestión debe incluir desde el inicio la planificación del tránsito posterior hacia unidades o espacios donde puedan abordarse factores que no serán trabajados suficientemente dentro del dispositivo, especialmente los educativos, laborales, familiares y de preparación para el egreso.

En el caso del ambulatorio no intensivo, cuando se utiliza con personas que por riesgo requerirían otra modalidad, debe entenderse como una estrategia excepcional de bajo umbral: no sustituye la intervención intensiva indicada, sino que busca abrir vínculo, trabajar motivación y favorecer que la persona pueda aceptar posteriormente una propuesta más adecuada a su nivel de riesgo.



Ministerio
del Interior | Instituto Nacional
de Rehabilitación



Presidencia
Uruguay

Secretaría Nacional
de Drogas