

Secretaría de Salud
Dirección General de Epidemiología
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

Folio _____ Fecha de elaboración _____ Número de identificación _____
 Día Mes Año

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Fecha de nacimiento Edad Entidad de residencia _____
 Día Mes Año Municipio de residencia _____

Anónimo 1 Sí 2 No Sexo 1 Masculino 2 Femenino Embarazo 1 Sí 2 No

Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

¿Cuál es su ocupación principal?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Estudiante de tiempo completo | <input type="checkbox"/> 4 Tiene menos de 6 meses en su actual empleo | <input type="checkbox"/> 7 Hogar | <input type="checkbox"/> 10 Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 Estudiante con actividad laboral | <input type="checkbox"/> 5 Desempleado (busca empleo) | <input type="checkbox"/> 8 Pensionado | <input type="checkbox"/> 88 No sabe |
| <input type="checkbox"/> 3 Tiene empleo estable de más de 6 meses | <input type="checkbox"/> 6 Desocupado (no busca empleo) | <input type="checkbox"/> 9 No aplica | <input type="checkbox"/> 99 No responde |

¿Cuál es su grado máximo de estudios?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Primaria | <input type="checkbox"/> 3 Escolaridad técnica | <input type="checkbox"/> 5 Licenciatura | <input type="checkbox"/> 7 No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> 9 No aplica | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 2 Secundaria | <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato | <input type="checkbox"/> 6 Maestría / Doctorado / Especialidad | <input type="checkbox"/> 8 Sabe leer y escribir | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | |

¿Cuál es su estado civil?

- | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Soltero(a) | <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) | <input type="checkbox"/> 3 Unión libre | <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) | <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) | <input type="checkbox"/> 7 No aplica | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|

Lugar del Centro de Tratamiento

Entidad _____ Jurisdicción _____ Municipio _____

Nombre del Centro de Tratamiento _____ Código del Centro de Tratamiento

ANTECEDENTES DE BÚSQUEDA DE APOYO

¿En este año, ha acudido a este tipo de Centro o algún otro? 1 Es la primera vez en el año 2 Ya había acudido en este año 88 No sabe 99 No responde

¿En toda su vida, incluyendo esta ocasión ¿cuántas veces ha estado en este tipo de Centros? Número de veces

¿En esta ocasión acude a este Centro?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Voluntariamente | <input type="checkbox"/> 4 Lo llevaron amigos / familiares | <input type="checkbox"/> 7 Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 Por indicación médica no psiquiátrica | <input type="checkbox"/> 5 Por indicación legal | <input type="checkbox"/> 88 No sabe |
| <input type="checkbox"/> 3 Por indicación médica psiquiátrica | <input type="checkbox"/> 6 Por indicación de la escuela / trabajo | <input type="checkbox"/> 99 No responde |

PATRÓN DE CONSUMO Recuerde anotar detalladamente el orden en que el usuario fue consumiendo cada una de las sustancias y/o drogas

EL ALCOHOL Y EL TABACO TAMBIÉN SON DROGAS Y PUEDEN APARECER COMO DROGA DE INICIO E IMPACTO								
Tipo de droga	Nombre de la droga		Consumo en el último año	Edad de uso por 1a vez	* Forma de administración	** Consumo actual	Cuántas veces	
Droga de INICIO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Segunda droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tercera droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cuarta droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Quinta droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sexta droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Séptima droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Octava droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Novena droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Décima droga			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Droga de IMPACTO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Lugar de consumo de la DROGA DE IMPACTO			* Forma de administración			** Consumo actual		
Entidad _____	<input type="checkbox"/> 1 Fumada	<input type="checkbox"/> 4 Inyectada	<input type="checkbox"/> 7 Ingerida	<input type="checkbox"/> 88 No sabe	<input type="checkbox"/> 1 Diario	<input type="checkbox"/> 3 Mensual		
Municipio _____	<input type="checkbox"/> 2 Inhalada	<input type="checkbox"/> 5 Tópica	<input type="checkbox"/> 8 Masticada	<input type="checkbox"/> 99 No responde	<input type="checkbox"/> 2 Semanal	<input type="checkbox"/> 4 Anual		

CONDUCTAS DE RIESGO

¿Alguna vez ha usado sustancias y/o drogas inyectadas?

1	Sí	2	No	88	No sabe	99	No responde
---	----	---	----	----	---------	----	-------------

¿Alguna vez ha compartido una jeringa para inyectarse sustancias y/o drogas?

1	Sí	2	No	88	No sabe	99	No responde
---	----	---	----	----	---------	----	-------------

La última vez que se inyectó sustancias y/o drogas, ¿lo hizo con una jeringa que nadie más había usado antes que usted?

1	Sí	2	No	88	No sabe	99	No responde
---	----	---	----	----	---------	----	-------------

¿Consumo sustancias y/o drogas combinadas?

1	Sí	2	No
---	----	---	----

¿Cuáles principalmente? 1) _____ 2) _____ 3) _____

¿Alguna vez ha conducido un vehículo de motor bajo el influjo de alcohol u otras drogas? 1) Sí 2) No 88) No sabe 99) No responde

¿Padece alguna enfermedad? Cuál(es) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

DISPONIBILIDAD DE LAS SUSTANCIAS Y/O DROGAS**¿En qué lugar consigue con mayor frecuencia las sustancias y/o drogas por la que acude a tratamiento?**

1	En su propia casa	5	En antros, bares	9	En tiendas cercanas a su casa	88	No sabe
2	Se la llevan a su casa	6	En fiestas o reuniones	10	Parques	99	No responde
3	En casa de un amigo o familiar	7	En la escuela	11	Picaderos		
4	En la calle	8	En el trabajo	12	Otro _____		

¿En qué lugar acostumbra consumir con más frecuencia las sustancias y/o drogas por la que acude a tratamiento?

1	En su propia casa	4	En antros, bares	7	En el trabajo	88	No sabe
2	En casa de un amigo o familiar	5	En fiestas o reuniones	8	En picaderos	99	No responde
3	En la vía pública (calles, parques, etc.)	6	En la escuela	9	Otro _____		

DEPENDENCIA A LA DROGA DE IMPACTO

En los últimos 12 meses

La siguiente sección evalúa la dependencia a la droga de impacto, por tal motivo en los espacios en blanco, debe de referir la sustancia que el usuario haya indicado como **DROGA DE IMPACTO**.

¿Usó en más de cinco ocasiones _____

Droga de Impactopara estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta?
1) Sí 0) No **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINÚE****Tolerancia**1a. ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ **Droga de Impacto** para lograr el efecto deseado?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

1b. ¿Notó que la misma cantidad de _____ **Droga de Impacto** le hacía menos efecto que antes?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

1c. ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ **Droga de Impacto** para lograr el mismo efecto ?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

Compulsión**Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 3a**2a. ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ **Droga de Impacto** que no pudo evitar hacerlo?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

2b. ¿Ha deseado consumir _____ **Droga de Impacto** tan desesperadamente que no podía pensar en nada más?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

Dificultad para controlar el consumo3a. ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ **Droga de Impacto** Si fue así ¿Ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

3b. ¿Ha tenido períodos en los que usó _____ **Droga de Impacto** en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo, antes de sentirse intoxicado?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

Abstinencia**Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 4a**4a. En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ **Droga de Impacto** ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

4b. ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como los que acaba de mencionar? **Droga de Impacto**

1	Sí	0	No
---	----	---	----

Reducción progresiva**Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 5a**5a. ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo en conseguir _____ **Droga de Impacto** ?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

5b. ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____ **Droga de Impacto** ?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

5c. ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____ **Droga de Impacto** ?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

Uso persistente**Se califica como síntoma presente si 6a y 6b = 1 ó 6c y 6d = 1**6a. ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión relacionada con el uso de _____ **Droga de Impacto** ?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

6b. ¿Continuó usando _____ **Droga de Impacto** aún después de presentar estos problemas de salud?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

6c. ¿Ha tenido problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____ **Droga de Impacto**, como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.?

1	Sí	0	No
---	----	---	----

6d. ¿Continuó consumiendo _____ **Droga de Impacto** aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?

1	Sí	0	No
---	----	---	----