

Lugar de consumo de la DROGA DE IMPACTO		* Forma de administración						** Consumo actual			
Entidad _____	1 Fumada	4 Inyectada	7 Ingerida	88 No sabe	1 Diario	3 Mensual					
Municipio _____	2 Inhalada	5 Tópica	8 Masticada	99 No responde	2 Semanal	4 Anual					
	3 Intranasal (esnifada)	6 Otras mucosas	9 Otra _____								

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

¿Consume 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 <input type="checkbox"/> En su propia casa | 5 <input type="checkbox"/> En antros, bares | 9 <input type="checkbox"/> En tiendas cercanas a su casa | 88 <input type="checkbox"/> No sabe |
| 2 <input type="checkbox"/> Se la llevan a su casa | 6 <input type="checkbox"/> En fiestas o reuniones | 10 <input type="checkbox"/> Parques | 99 <input type="checkbox"/> No responde |
| 3 <input type="checkbox"/> En casa de un amigo o familiar | 7 <input type="checkbox"/> En la escuela | 11 <input type="checkbox"/> Picaderos | |
| 4 <input type="checkbox"/> En la calle | 8 <input type="checkbox"/> En el trabajo | 12 <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

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

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

DEPENDENCIA A LA DROGA DE IMPACTOLa 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**.

En los últimos 12 meses

¿Usó en más de cinco ocasiones _____ para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta?

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINÚE****Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 2a****Tolerancia**

1a. ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ para lograr el efecto deseado?

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*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 _____ que no pudo evitar hacerlo?

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No**Dificultad para controlar el consumo****Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 4a**

3a. ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ Si fue así ¿Ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No**Abstinencia****Después de la primera respuesta afirmativa (Sí), pase a la pregunta 5a**

4a. En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?

*Droga de Impacto*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 6a**

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 _____ aún después de presentar estos problemas de salud?

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No

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

*Droga de Impacto*1 ☐ Sí 0 ☐ No