

## Secretaría de Salud

Dirección General de Epidemiología  
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones

## CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento      
Día Mes AñoEdad   Fecha de elaboración     
Día Mes Año¿Se considera  
indígena?  1  2  
Sí No

Lengua indígena que habla \_\_\_\_\_

¿Es usted  
migrante?  1  2  
Sí NoFecha de ingreso a  
México     
Día Mes Año

País de nacionalidad \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_

Paises de tránsito en los últimos 3 meses: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Anónimo  1  2  
Sí No

Primer apellido \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Sexo  1  2  
Masculino FemeninoEmbarazo  1  2  
Sí No

Entidad de residencia \_\_\_\_\_

Municipio de residencia \_\_\_\_\_

## ¿Cuál es su ocupación actual?

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <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  | <input type="checkbox"/> 99 No responde |

## ¿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 \_\_\_\_\_

## 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              | <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

	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"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Segunda droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Tercera droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Cuarta droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Quinta droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Sexta droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Séptima droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Octava droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Novena droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Décima droga			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Droga de IMPACTO			<input type="checkbox"/> Si	<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"/> 10 Cigarro electrónico, vapeo,vaping	<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 Aplicada en piel(parches)	<input type="checkbox"/> 8 Masticada	<input type="checkbox"/> 99 No responde	<input type="checkbox"/> 2 Semanal	<input type="checkbox"/> 4 Anual		
	<input type="checkbox"/> 3 Intranasal(esnifada)	<input type="checkbox"/> 6 Otras mucosas	<input type="checkbox"/> 9 Otra _____		<input type="checkbox"/> 5 Ya no la consume			

**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?

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

¿Consumo sustancias y/o drogas mezcladas?

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

¿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 casa	5	En antros, bares	9	En lugares de venta	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 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 Impacto

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**
- 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 consumo**
- 3a. ¿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**
- 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 \_\_\_\_\_ **Droga de Impacto** u otra droga para evitar tener malestares como los que acaba de mencionar? 

1	Sí	0	No
---	----	---	----
- Reducción progresiva**
- 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**
- 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
---	----	---	----