

## 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     Edad    Fecha de elaboración     Dia Mes Año Dia Mes Año¿Se considera indígena?  1  2  
Sí No

Lengua indígena que habla \_\_\_\_\_

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

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

Países 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"/> 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"/> 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?

<input type="checkbox"/> 1	En su casa	<input type="checkbox"/> 5	En antros, bares	<input type="checkbox"/> 9	En lugares de venta	<input type="checkbox"/> 88	No sabe
<input type="checkbox"/> 2	Se la llevan a su casa	<input type="checkbox"/> 6	En fiestas o reuniones	<input type="checkbox"/> 10	Parques	<input type="checkbox"/> 99	No responde
<input type="checkbox"/> 3	En casa de un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> 7	En la escuela	<input type="checkbox"/> 11	Picaderos		
<input type="checkbox"/> 4	En la calle	<input type="checkbox"/> 8	En el trabajo	<input type="checkbox"/> 12	Otro _____		

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

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

<b>Tolerancia</b>	1a. ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ <b>Droga de Impacto</b> para lograr el efecto deseado?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	1b. ¿Notó que la misma cantidad de _____ <b>Droga de Impacto</b> le hacía menos efecto que antes?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	1c. ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ <b>Droga de Impacto</b> para lograr el mismo efecto ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
<b>Compulsión</b>	2a. ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ <b>Droga de Impacto</b> que no pudo evitar hacerlo?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	2b. ¿Ha deseado consumir _____ <b>Droga de Impacto</b> tan desesperadamente que no podía pensar en nada más?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
<b>Dificultad para controlar el consumo</b>	3a. ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ <b>Droga de Impacto</b> Si fue así ¿Ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	3b. ¿Ha tenido períodos en los que usó _____ <b>Droga de Impacto</b> en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo, antes de sentirse intoxicado?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
<b>Abstinencia</b>	4a. En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ <b>Droga de Impacto</b> ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	4b. ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como los que acaba de mencionar?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
<b>Reducción progresiva</b>	5a. ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo en conseguir _____ <b>Droga de Impacto</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	5b. ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____ <b>Droga de Impacto</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	5c. ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____ <b>Droga de Impacto</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
<b>Uso persistente</b>	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 _____ <b>Droga de Impacto</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	6b. ¿Continuó usando _____ <b>Droga de Impacto</b> aún después de presentar estos problemas de salud?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	6c. ¿Ha tenido problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____ <b>Droga de Impacto</b> , como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No
	6d. ¿Continuó consumiendo _____ <b>Droga de Impacto</b> aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 0 No