

CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

1	Fumada	4	Injectada	7	Tomada	10	Cigarro electrónico, vapeo, vaping	1	Diano	4	Anual	1	Una vez	4	Más de 7 veces
2	Inhalada	5	Aplicada en piel (parches)	8	Masticada	99	No sabe / No responde	2	Semanal	5	Ya no la usa	2	2 a 3 veces		
3	Aspirada (intranasal)	6	En otras mucosas	9	Otra _____			3	Mensual	6	Sólo la usó una vez	3	4 a 7 veces		

CONDUCTAS DE RIESGO

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

☐ 1 Sí ☐ 2 No

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

☐ 1 Sí ☐ 2 No

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

¿Consume sustancias y/o drogas combinadas?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

Si la respuesta es afirmativa debe tener al menos dos drogas

¿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**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 Tiene en su casa | ☐ 4 Lugares de venta, calle, parques, picaderos, etc. | ☐ 99 No sabe / No responde |
| ☐ 2 Se la llevan a su casa | ☐ 5 En antros, bares, fiestas, reuniones | |
| ☐ 3 En casa de un amigo o familiar | ☐ 7 En escuela / Trabajo | |

¿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, fiestas, reuniones, etc. | ☐ 99 No sabe / No responde |
| ☐ 2 En casa de un amigo o familiar | ☐ 6 En la escuela / Trabajo | |
| ☐ 3 En la vía pública (calles, parques, etc.) | ☐ 8 En picaderos | |

DEPENDENCIA A LA DROGA DE IMPACTO
En los últimos 12 mesesLa 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 _____ para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta?

Droga de Impacto☐ 1 Sí ☐ 0 No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTÍNUE

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

- 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

- 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

- 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

- 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 _____ 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

Los datos personales que se recaban en el presente documento, serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte aplicable; dichos datos serán utilizados exclusivamente para recolección de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).