



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CONADIC**  
COMISIÓN NACIONAL CONTRA  
LAS ADICCIONES

# **Guía para la Integración del Expediente Clínico en los Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones bajo el Modelo de Ayuda Mutua**

Comisión Nacional contra las Adicciones



## Directorio

### Secretaría de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela

### Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

### Comisión Nacional contra las Adicciones

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Jorge Julio González Olvera

Director General

Dra. Evalinda Barrón Velázquez

Directora de la Oficina Nacional para el control de Tabaco

Dra. Carmen Torres Mata

Director de Vinculación y Cooperación Operativa

Dr. José Javier Mendoza Velázquez

Directora de Coordinación de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto

Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Lic. Alejandra Rubio Patiño

Directora de Cooperación Internacional



**Coordinación**

Dra. Carmen Torres Mata

**Integración y revisión técnica:**

Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez

**Apoyo técnico:**

Lic. Obdulia Rodríguez Anaya

Lic. Araceli Flores Ángeles

Lic. Juan de Jesús Cuate Pérez

Primera Edición: mayo 2019

Segunda edición: agosto 2021

D.R. © Secretaría de Salud.

Comisión Nacional Contra las Adicciones.

Av. Periférico No. 2767, San Jerónimo Lídice, Edificio 6 y 7, La Magdalena Contreras,  
C.P. 10200 Ciudad de México

[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

[www.gob.mx/salud/conadic](http://www.gob.mx/salud/conadic)

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

## Contenido

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Presentación.....                                                             | 6  |
| II. Marco Normativo .....                                                        | 6  |
| III. Objetivo.....                                                               | 7  |
| 1. Preingreso (valoración).....                                                  | 9  |
| 1.1. Instrumentos para medir la severidad de la adicción.....                    | 10 |
| 1.1.1. Entrevista inicial.....                                                   | 10 |
| 1.1.2. ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).....   | 12 |
| 1.2. Instrumentos Indicadores para trastorno dual .....                          | 13 |
| 1.2.1. Inventario síntomas de Ansiedad (BECK) .....                              | 15 |
| 1.2.2. Inventario síntomas de Depresión (Beck: BDI) .....                        | 16 |
| 1.2.3. Psicosis: SCL-90R .....                                                   | 17 |
| 1.3. Reporte Individual de Valoración.....                                       | 18 |
| 1.4 Derivación.....                                                              | 20 |
| 2. Ingreso o admisión .....                                                      | 21 |
| 2.1. Hoja de ingreso.....                                                        | 22 |
| 2.2. Hojas administrativas.....                                                  | 23 |
| 2.3. Consentimiento informado.....                                               | 24 |
| 2.4. Apartado compromiso de confidencialidad y protección datos personales ..... | 25 |
| 2.5. Compromiso de Continuidad del Tratamiento Médico.....                       | 26 |
| 2.6 Costos del tratamiento y/o convenio o contrato por pago de servicios.....    | 27 |
| 2.7. Hoja de Revisión Física .....                                               | 28 |
| 3. Valoración.....                                                               | 30 |
| 3.1 Historia Clínica-Médica .....                                                | 31 |
| 3.3. Cuestionario de satisfacción de vida .....                                  | 32 |
| 3.3. Solicitud y Nota de Interconsulta.....                                      | 33 |
| 4. Tratamiento.....                                                              | 35 |
| 4.1. Plan de Consejería Individual .....                                         | 36 |
| 4.2. Nota individual de Consejería .....                                         | 37 |
| 4.1. Nota de Evolución Médica .....                                              | 38 |
| 5. Egreso .....                                                                  | 40 |
| 5.1 Reporte final de Consejería .....                                            | 40 |

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2. Hoja de egreso .....                                                             | 42  |
| 5.3. Cuestionario de Satisfacción de Vida .....                                       | 44  |
| 5.4. Cuestionario de Satisfacción con el Servicio .....                               | 45  |
| 6. ¿Qué es la derivación y contrarreferencia? .....                                   | 46  |
| 6.1. Hoja de derivación/contrarreferencia .....                                       | 47  |
| 7. Seguimiento .....                                                                  | 51  |
| 7.1. Reporte de Seguimiento .....                                                     | 52  |
| V. Glosario .....                                                                     | 55  |
| VI. Referencias .....                                                                 | 57  |
| VII. Anexos .....                                                                     | 58  |
| Anexo 1. Entrevista Inicial .....                                                     | 58  |
| Anexo 2 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) ..... | 75  |
| Anexo 3 Inventario síntomas de ansiedad (BECK) .....                                  | 86  |
| Anexo 4 Inventario de síntomas de depresión (Beck) .....                              | 89  |
| Anexo 5 Síntomas de Psicosis: SCL-90R .....                                           | 94  |
| Anexo 6 Reporte individual de valoración .....                                        | 98  |
| Anexo 7. Hoja de Ingreso .....                                                        | 100 |
| Anexo 8. Consentimiento informado adultos/as .....                                    | 102 |
| Anexo 9. Hoja de revisión física .....                                                | 105 |
| Anexo 10. Historia Clínica .....                                                      | 107 |
| Anexo 11. Cuestionario de Satisfacción de Vida .....                                  | 113 |
| Anexo 12. Solicitud y Nota de Interconsulta .....                                     | 114 |
| Anexo 13. Plan de Consejería Individual .....                                         | 116 |
| Anexo 14. Nota Individual de Consejería .....                                         | 118 |
| Anexo 15. Nota de Evolución Médica .....                                              | 119 |
| Anexo 16. Reporte Final y Plan de Seguimiento .....                                   | 120 |
| Anexo 17. Hoja de Egreso .....                                                        | 123 |
| Anexo 18 Cuestionario de satisfacción con el servicio .....                           | 125 |
| Anexo 19. Hoja de Derivación / Contrarreferencia .....                                | 127 |
| Anexo 20. Reporte de Seguimiento .....                                                | 128 |



## I. Presentación

El presente documento es una guía dirigida a personas que laboran en establecimientos como personal en consejería, servidores/as padrinos/madrinas y profesionales de la salud cuyo propósito es favorecer la integración y homologación del expediente clínico en los establecimientos residenciales especializados en adicciones con modelo de ayuda mutua, basándose en la normatividad aplicable, como la NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Asimismo, describe e integra cada uno de los formatos que deberán de utilizarse para cada fase del tratamiento desde la valoración clínica también llamada preingreso, ingreso o admisión, evaluación, tratamiento, egreso, seguimiento, referencia y contrarreferencia.

Cabe señalar que los formatos que se anexan a esta guía son sugeridos. Si el personal de consejería y personal profesional de la salud utilizan formatos distintos, deberán apegarse a la normatividad aplicable. Los formatos anexos a esta guía se hicieron en formato Word con la finalidad de: integrar logos de cada establecimiento residencial; agregar o quitar espacio de acuerdo con las necesidades.

## II. Marco Normativo

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones y es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores/as de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico tiene como principal objetivo establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos que son obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad y titularidad del expediente clínico. Esta norma es de observancia obligatoria para personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos consultorios.

Cabe señalar que el expediente clínico **es único e intransferible** y deberá ser llenado de manera individual por cada persona usuaria del servicio, por lo que en el caso de que se lleven actividades de consejería grupal se debe integrar una nota de evolución de consejería individual en cada expediente, ya que cada usuario/a presenta una evolución distinta en el proceso de tratamiento.

Por otro lado, la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica establece los lineamientos y procedimientos de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana por lo que se integra como parte del marco legal debido a que de acuerdo a la NOM-028 los establecimientos residenciales deben de levantar dicha cédula.

Por lo anterior esta guía se sustenta en estas normas, sin embargo, existen otros documentos que son eje rector para la elaboración de algunos formatos integrados en la misma, como lo son: la Guía de Referencia/Contrarreferencia de usuarios/as a los servicios especializados en Adicciones.

### III. Objetivo

Ofrecer al personal de consejería una guía técnica para la conformación del expediente clínico en Establecimientos Residenciales de Tratamiento de Adicciones, desarrollándose las fases que comprenden el servicio de tratamiento, comenzando



por la valoración, continuando con el ingreso, la evaluación, el tratamiento, el egreso, la derivación y el seguimiento de la persona usuaria.

## 1. Preingreso (valoración)

### ¿Qué es la valoración?

Es el proceso en el cual se obtiene información sobre la situación del usuario/a con la finalidad de identificar el tipo de tratamiento más adecuado e indicado.

Durante este proceso, se sugiere utilizar cuestionarios de tamizaje, además de instrumentos que apoyen el diagnóstico. En esta sección se describirán los que evalúan la severidad de la adicción, así mismo los que identifican algún trastorno dual.

### ¿Qué documentos se incluyen durante la valoración?

- Entrevista Inicial.
- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, por sus siglas en inglés (ASSIST)
- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Psicosis SCL-90R.
- Reporte Individual de Valoración.
- Notas de Derivación en Casos de intoxicación o síndrome de abstinencia severa.

### ¿Qué es la valoración preingreso?

Es una fase en la que se recopila información de la persona que desea ingresar al establecimiento, la cual incluye la aplicación de la entrevista inicial, una prueba de valoración de la severidad de la adicción (ASSIST), y trastornos duales (Beck de ansiedad, depresión y SCL-90R de psicosis).

### ¿Por qué es importante su implementación?

Debido a que los establecimientos residenciales de atención a las adicciones son exclusivos para personas que presentan una dependencia al consumo de alcohol y otras drogas, con la valoración se podrá identificar la pertinencia de atención al interior del establecimiento, además de conocer su grado de severidad de la adicción,

se podrá identificar su deseo voluntario de ingreso, el grado de apoyo de la familia para la rehabilitación, así como otras afecciones.

### ¿Qué elementos la integran?

La entrevista inicial y al menos un instrumento de valoración de la severidad de la adicción, se sugiere el ASSIST ya que es un cuestionario de fácil y breve en su aplicación que está avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## 1.1. Instrumentos para medir la severidad de la adicción

### ¿Qué son?

Son cuestionarios que miden el grado de severidad de la adicción, ya sea uso, abuso o dependencia, en una persona que presenta consumo de sustancias adictivas.

### ¿Por qué son importantes?

Gracias a estas se identifica si la persona usuaria puede verse beneficiada de ingresar a un tratamiento residencial de tratamiento en adicciones, ya que recordemos, sólo pueden ingresar quienes tienen una **dependencia severa hacia una sustancia psicoactiva**.

### ¿Qué elementos los integran?

Existen diversos instrumentos o pruebas para medir el grado de severidad de la adicción, que se podrán implementar de acuerdo con las características a quien se le apliquen. En el expediente tendrá que estar el formato de aplicación, su valoración y su respectivo resultado. A continuación, se mencionan los más utilizados:

#### 1.1.1. Entrevista inicial

### ¿Qué es?

La entrevista inicial permite obtener información sobre diversos aspectos de la persona consultante con respecto al problema de consumo de sustancias y otras condiciones que son necesarias conocer.

Es un documento guía que nos permite obtener información sobre diferentes aspectos de la persona con trastorno por consumo de alcohol y otras drogas, que incluye las siguientes áreas: consumo de alcohol y otras drogas, los daños y consecuencias que le ha ocasionado, su disposición al cambio, la situación social-familiar en la que se encuentra, administración del tiempo libre, su situación laboral, de salud mental y salud física (ver figura 1).

### ¿Por qué es importante?

Esta información es necesaria para identificar los riesgos y junto con la persona usuaria elaborar el plan de consejería individual, que apoye el tratamiento y promueva el proceso de recuperación y la construcción de una vida alejada del consumo de alcohol y otras drogas.

### ¿Qué elementos la integran?

La entrevista contiene 62 preguntas que permiten obtener la información específica de las siguientes áreas:

- Consumo de alcohol y otras drogas,
- Daños y consecuencias,
- Disposición al cambio,
- Situación social-familiar,
- Administración del tiempo libre,
- Situación laboral,
- Salud mental y,
- Salud física.

Figura 1. Entrevista Inicial  
(Anexo 1)

**Entrevista Inicial**

**Datos Generales**

Fecha: \_\_\_\_\_ No de expediente: \_\_\_\_\_  
Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Dirección completa: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Salario mensual: \_\_\_\_\_  
Tiempo trabajando en el empleo actual: \_\_\_\_\_  
Si se encuentra desempleado actualmente ¿Cuánto tiempo lleva así? \_\_\_\_\_  
¿Depende económicamente de alguien? Si ( ☐ ) No ( ☐ ) ¿De quién? \_\_\_\_\_  
¿Alguien depende económicamente de usted? Si ( ☐ ) No ( ☐ )  
¿Quién/es? \_\_\_\_\_  
Personas con las que vive: \_\_\_\_\_  
¿Tiene pareja? \_\_\_\_\_ Tiempo de relación: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_

### 1.1.2. ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

#### ¿Qué es?

Como podemos ver en el título, esta prueba lleva el nombre de ASSIST por sus siglas en inglés. Es un instrumento que fue creado por la Organización Mundial de Salud (OMS), se desarrolló en 1997 con el fin de poder administrar y detectar rápidamente, el nivel de consumo de alcohol y otras drogas, como lo son: tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalables, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y si existe alguna otra se puede especificar (ver figura 2).

#### ¿Por qué es importante?

Porque por medio de esta se detecta el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se identifica el nivel de riesgo por su consumo y el tipo de intervención más adecuada.

#### ¿Qué elementos la integran?

Consta de 8 preguntas que exploran seis áreas:

- Consumo de drogas que ha tenido alguna vez en la vida.
- La frecuencia del consumo en los últimos tres meses.
- El deseo por consumir sustancias.

- d) Los problemas que se han ocasionado y las actividades no realizadas debido al consumo.
- e) La preocupación de personas cercanas e intentos por disminuir o dejar el consumo.
- f) El consumo de drogas inyectables.

Su tiempo de aplicación es de 5 a 15 minutos aproximadamente.

Figura 2. ASSIST  
(Anexo 2)

**Inventario Síntomas de Ansiedad (BECK)**

**Objetivo**

Es un inventario que evalúa síntomas de ansiedad y permite determinar el tipo de tratamiento que requiere el usuario/a. El inventario permite que una vez identificados los diferentes síntomas de ansiedad, se generen estrategias de atención específicas para disminuirlos, fomentar tranquilidad y un estado de ánimo positivo en la persona, contribuyendo con ello a mejorar su salud física y mental, a optimizar su rendimiento en diferentes áreas de su vida y a mantener la abstinencia del consumo de alcohol y otras drogas, aun ante episodios de ansiedad elevada.

**Descripción general del instrumento**

El inventario consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que evalúan síntomas de ansiedad. Estas opciones indican la intensidad con la que los síntomas se le han presentado al usuario/a. El tiempo de aplicación del inventario varía de entre cinco a diez minutos.

**Procedimiento de aplicación**

Entregue al usuario/a un ejemplar impreso del inventario, pídale que lea con atención cada reactivo y que marque con un tache una de las opciones que mejor represente su situación, ya sea durante la semana pasada o inclusive en el día de la aplicación. Las opciones para indicar la intensidad de los síntomas de ansiedad son: "Poco o nada", "Más o menos", "Moderadamente" y "Severamente".

Invita al usuario/a a responder con la mayor sinceridad posible. Asegúrese que el inventario incluya los datos del usuario/a (nombre, fecha y número de expediente).

**Puntuación:**

El puntaje asignado a cada opción de respuesta y que representa la intensidad en que se presenta el síntoma de ansiedad es el siguiente:

| Opción de respuesta | Puntos |
|---------------------|--------|
| Poco o nada         | 0      |
| Más o menos         | 1      |
| Moderadamente       | 2      |
| Severamente         | 3      |

Por ejemplo, los puntajes obtenidos de un/a usuario/a para el reactivo 1 "Entumecimiento, hormigueo de una o varias partes de su cuerpo" donde eligió la

## 1.2. Instrumentos Indicadores para trastorno dual

### ¿Qué son?

El término patología dual o comorbilidad se define como la existencia al mismo tiempo de un trastorno mental y otro por consumo de alcohol y otras drogas. Es muy común que se presente en pacientes con dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

La alta tasa de comorbilidad entre los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y otras enfermedades mentales demanda de un enfoque integrado que

identifique y evalúe ambos trastornos. Consecuentemente, cualquier persona que busca ayuda relacionado al trastorno por consumo de sustancias u otro trastorno mental, debería ser examinada y tratada para ambos trastornos simultáneamente (NIDA, 2011). En comparación con la población general, se han documentado mayores proporciones de la presencia de diferentes trastornos mentales en personas que consumen alcohol y otras drogas, como lo son la ansiedad, depresión y esquizofrenia (Regier, y otros, 1990). Asimismo, varios estudios sugieren que más del 60% de adolescentes que están en tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol y otras drogas presentan criterios diagnósticos de otra enfermedad mental (Hser YI, 2001).

Existen cuestionarios que muestran indicadores de la presencia de un posible trastorno dual, que coadyuvan en el diagnóstico de este o bien para la referencia oportuna.

### ¿Por qué son importantes?

Son de gran ayuda para poder detectar un posible trastorno, como lo son la depresión, la ansiedad y la psicosis, para con ello poder generar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

### ¿Qué elementos los integran?

Existen diversos instrumentos o pruebas que muestran un posible trastorno dual, que se podrán implementar de acuerdo con las características de la persona usuaria. Sin embargo, como se mencionó anteriormente se han identificado tres trastornos mentales que se han relacionado con más frecuencia con el trastorno por consumo de sustancias como lo son la ansiedad, depresión y esquizofrenia. Es en este tenor que en el presente documento se sugieren utilizar los inventarios de depresión (Jurado, 1998) y ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado, & y Páez, 2001) ya que han sido validados para su uso en población mexicana y han indicado confiabilidad y validez. Además del Listado de Síntomas 90 (SCL 90) que en México se ha convertido en una

herramienta para la evaluación clínica del país (Cruz-Fuentes, López, Blas-Gracia, González, & Chávez, 2005).

### **1.2.1. Inventario síntomas de Ansiedad (BECK)**

#### **¿Qué es?**

Este inventario es una herramienta útil para valorar los síntomas de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros de depresión y permite identificar el tratamiento que necesite la persona usuaria para realizar referencia (ver figura 3).

#### **¿Por qué es importante?**

Por medio de este se pueden identificar varios síntomas de ansiedad, con la finalidad de brindar la atención adecuada o bien en el caso de que los síntomas sean severos hacer una referencia oportuna.

#### **¿Qué elementos lo integran?**

Es un cuestionario de 21 reactivos. Es de fácil aplicación y calificación que permite evaluar síntomas de ansiedad. Es auto aplicable y la persona selecciona una opción que refleje cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. El tiempo para su aplicación consta de entre cinco a diez minutos aproximadamente.

Figura 3. Inventario Síntomas de Ansiedad BECK  
(Anexo 3)

**Inventario Síntomas de Ansiedad (BECK)**

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante **la última semana, inclusive hoy**, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

| Reactivo                                                         | Nada o nada<br>poco o nada | Más o menos<br>moderadamente | Severamente |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------|
| 1. Entumecimiento, hormigueo de una o varias partes de su cuerpo |                            |                              |             |
| 2. Sentir ondas de calor (sofoconos)                             |                            |                              |             |
| 3. Debilitamiento de las piernas                                 |                            |                              |             |
| 4. Dificultad para relajarse                                     |                            |                              |             |
| 5. Miedo a que pase o ocurra                                     |                            |                              |             |
| 6. Sensación de mareo                                            |                            |                              |             |
| 7. Oposición en el pecho o latidos acelerados                    |                            |                              |             |
| 8. Inseguridad                                                   |                            |                              |             |
| 9. Temor                                                         |                            |                              |             |
| 10. Nerviosismo                                                  |                            |                              |             |
| 11. Sensación de ahogo                                           |                            |                              |             |
| 12. Manos temblorosas                                            |                            |                              |             |
| 13. Cuerpo tembloroso                                            |                            |                              |             |
| 14. Miedo a perder el control                                    |                            |                              |             |
| 15. Dificultad para respirar                                     |                            |                              |             |
| 16. Miedo a morir                                                |                            |                              |             |
| 17. Asustado                                                     |                            |                              |             |
| 18. Indigestión o malestar estomacal                             |                            |                              |             |
| 19. Debilidad                                                    |                            |                              |             |
| 20. Sudorarse                                                    |                            |                              |             |
| 21. Sudoración (no debida al calor)                              |                            |                              |             |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Puntaje obtenido: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad: \_\_\_\_\_

### 1.2.2. Inventario síntomas de Depresión (Beck: BDI)

#### ¿Qué es?

Es un inventario permite evaluar síntomas de depresión, permitiendo detectar el mejor tratamiento que se necesite (ver figura 4). Sus ítems que describen los síntomas clínicos más frecuentes de consultantes psiquiátricos/as con depresión.

#### ¿Por qué es importante?

Es el instrumento más utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Por medio de este se pueden identificar varios síntomas de depresión.

#### ¿Qué elementos lo integran?

Consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de depresión, los cuales a su vez se presentan en grupos de cuatro afirmaciones, que van de menor a mayor intensidad de sentimientos depresivos (0,1, 2 y 3). Se puede aplicar de forma individual y colectiva con formato de papel y lápiz o de forma oral. El tiempo para su aplicación consta de quince minutos aproximadamente.

Figura 4. Inventario Síntomas de Depresión. Beck  
(Anexo 4)

**Inventario Síntomas de Depresión (BECK/BDI)**

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario se encuentran 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y escoja la oración que mejor describa la manera en que se sintió la semana pasada o inclusive el día de hoy. Para ello, encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

| No. | Oración                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 0. No me siento triste<br>1. Me siento triste<br>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo<br>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo                                                               |
| 2   | 0. No siento que me estén castigando<br>1. Siento que me podrían castigar<br>2. Creo que me van a castigar<br>3. Siento que se me ha castigado                                                                                 |
| 3   | 0. En general tengo esperanzas en mi futuro<br>1. Me siento sin esperanzas por mi futuro<br>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro<br>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar |
| 4   | 0. No estoy desilusionado/a de mí mismo/a<br>1. Estoy desilusionado/a de mí mismo/a<br>2. Estoy disgustado/a conmigo mismo/a<br>3. Me odio                                                                                     |
| 5   | 0. No me siento como un fracasado/a<br>1. Siento que he fracasado más que las personas en general<br>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos<br>3. Siento que soy un completo fracaso como persona |
| 6   | 0. No siento que sea peor que otras personas<br>1. Me critico a mí mismo/a por mis debilidades o errores<br>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas<br>3. Me culpo por todo lo malo que sucede                               |

### 1.2.3. Psicosis: SCL-90R

#### ¿Qué es?

Es un instrumento que incluye una lista de síntomas de psicosis que tiene como objetivo identificar experiencias que podrían mostrar afecciones mentales o afectivas. En estas se puede observar afectado el razonamiento, el comportamiento o la facultad de reconocer la realidad (ver figura 5).

#### ¿Por qué es importante?

Por medio de este se pueden identificar varios síntomas de psicosis, con la finalidad de hacer una derivación adecuada en el caso de que se presenten dichos síntomas.

#### ¿Qué elementos lo integran?

Consta de 17 frases que evalúan la dimensión relacionada con ideas paranoides (en estas la persona tiene una creencia falsa de que otras personas actúan en su contra y quieren perjudicarla) y síntomas de psicosis (caracterizados por la pérdida o alteración del contacto con la realidad, incluyendo ideas fijas con creencias distorsionadas y alucinaciones).

El tiempo promedio de aplicación es de entre 5 a 10 minutos para responder la prueba.

Figura 5. Psicosis: SCL-90R  
(Anexo 5)

**INSTRUCCIONES:** A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta: NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. No deje frases sin responder.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del expediente: \_\_\_\_\_

| LISTA DE FRASES                                               | NADA | MUY POCO | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|---------------------------------------------------------------|------|----------|------|----------|-------|
| 1. Perder la confianza en la mayoría de las personas          |      |          |      |          |       |
| 2. Sentir que me vigilan o que nadan de mí                    |      |          |      |          |       |
| 3. Tener ideas o pensamientos que los demás no                |      |          |      |          |       |
| 4. Sentir que los demás no me valoran como merezco            |      |          |      |          |       |
| 5. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo                 |      |          |      |          |       |
| 6. Sentir que alguien puede controlar mis pensamientos        |      |          |      |          |       |
| 7. Escuchar voces que otras personas no pueden oír            |      |          |      |          |       |
| 8. Creer que la gente sabe que estoy pensando                 |      |          |      |          |       |
| 9. Tener ideas o pensamientos que no son los míos             |      |          |      |          |       |
| 10. Sentirme solo/a aun estando con gente                     |      |          |      |          |       |
| 11. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan                |      |          |      |          |       |
| 12. Ver cosas que otros no pueden ver                         |      |          |      |          |       |
| 13. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados           |      |          |      |          |       |
| 14. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo                     |      |          |      |          |       |
| 15. Sentirme alejado/a de las demás personas                  |      |          |      |          |       |
| 16. Sentir algo caminando o moviéndose en mi cuerpo que no se |      |          |      |          |       |
| 17. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien     |      |          |      |          |       |

Nombre, firma y cargo de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

### 1.3. Reporte Individual de Valoración

#### ¿Qué es?

Es un relato en el cual se anotan los resultados más importantes que se generan de todos los instrumentos aplicados en el proceso de valoración del/la consultante. De esta manera se determinará el tratamiento que se implementará. (ver figura 6).

#### ¿Por qué es importante?

Incluye información general referente a la valoración de la persona usuaria, la cual es la base del diagnóstico y tratamiento que le será brindado.

#### ¿Qué elementos lo integran?

- Fecha en la que se elabora.
- Datos personales: nombre y número de expediente, sexo, edad, estado civil y escolaridad.
- Motivo de consulta: anotando las palabras tal y como las expresa la persona y poniéndolo entre comillas.

- Principal droga de consumo, la cantidad promedio de consumo por ocasión y el tiempo que se ha consumido la droga principal.
- Tres principales razones por las que consume (enojo, problemas, alegría, molestias físicas, cuando se reúne con amistades y/o cuando tiene necesidad de consumir).
- Tres razones por las que quiere dejar de consumir.
- Tipo de problemas que el consumo le ha ocasionado en sus diferentes áreas de vida.
- Con base en el resultado del cuestionario de Síntomas de psicosis (SCL-90R), se debe anotar el puntaje y señalar si fue moderado o severo (desde 37 hasta 72 puntos); o si presentaron reactivos de síntomas de psicosis y cuáles fueron (6, 7, 8, 12 y 16). Ejemplo: escuchar voces que otros no pueden oír.
- Con base en el resultado del instrumento ASSIST, se debe anotar el puntaje total de cada sustancia, el nivel de riesgo y el tipo de tratamiento que le corresponde; el cual constituye la evidencia de la impartición del tratamiento residencial cuando hay severidad en su problema de adicción.
- Con base en el Inventario de síntomas de ansiedad, indicar el puntaje que obtuvo, la categoría que le corresponde (mínima, leve, moderada o severa) y anotar el tipo de síntomas que puntuaron en 2 y 3.
- Referir con base en el Inventario de síntomas de depresión el puntaje total y el nivel de depresión que corresponde (mínimo, leve, moderado o severo); mencionar si refiere tener ideas suicidas y los principales síntomas puntuados con 2 y 3 puntos.
- Realizar observaciones sobre el estado general del/la consultante, con la finalidad de proporcionar información relevante para la valoración médica, psicológica y psiquiátrica.
- Nombre y la firma del personal de consejería que realiza la integración, así como del personal de salud que supervisó la información valorada (en caso de contar con este).

Una vez que se realizaron las actividades indicadas, se procede a dar a la persona usuaria la información de los resultados de su valoración.

Figura 6. Reporte Individual de Valoración  
(Anexo 6)

| REPORTE INDIVIDUAL DE VALORACIÓN                                                                                                                              |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de elaboración del reporte:<br>Nombre del usuario/a:<br>Número de expediente:<br>Sexo:<br>Edad:<br>Estado civil:<br>Escolaridad:<br>Motivo de consulta: |                                                                          |
| INSTRUMENTO                                                                                                                                                   | REPORTE ÁREAS DE MEJORA Y PUNTAJE                                        |
| ENTREVISTA INICIAL                                                                                                                                            | Principal Droga de Consumo:                                              |
|                                                                                                                                                               | Poliusuario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( ) |
|                                                                                                                                                               | Cantidad Promedio de Consumo por Ocasión:                                |
|                                                                                                                                                               | Tiempo de Consumir la Droga Principal:                                   |
|                                                                                                                                                               | Señale 3 principales razones de consumo:                                 |
|                                                                                                                                                               | Indique 3 razones por las cuales quiere dejar de consumir:               |
|                                                                                                                                                               | Problemas que le ha ocasionado el consumo:                               |
|                                                                                                                                                               | Problemas físicos:                                                       |
|                                                                                                                                                               | Emocionales:                                                             |
|                                                                                                                                                               | Relaciones con otros:                                                    |
| Familiares y de pareja:                                                                                                                                       |                                                                          |
| Laboral:                                                                                                                                                      |                                                                          |
| Legal:                                                                                                                                                        |                                                                          |
| Económicos:                                                                                                                                                   |                                                                          |
| Sociales:                                                                                                                                                     |                                                                          |
| Síntomas de Psicosis (SCL-90R)                                                                                                                                | Puntaje:<br>Molestia: Leve Mínima Moderada Severa                        |

Una vez terminado el proceso de valoración, la persona usuaria pasará a la fase de ingreso en donde se le da su admisión al establecimiento residencial en adicciones para recibir tratamiento para su dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

## 1.4 Derivación

En el caso de que la persona usuaria a la que hemos entrevistado no cumple con los criterios de atención, ya sea porque no presenta una **dependencia severa** o bien durante la misma se ha identificado que se encuentra con síndrome de abstinencia moderada-grave o presenta un padecimiento psiquiátrico, será necesario derivar a una institución de salud externa para recibir atención. A este proceso se le conoce como Derivación y deberá quedar asentado en la **Hoja de derivación**.

Figura 7 Hoja de derivación /contra referencia  
Anexo (20)



El formulario se divide en dos secciones principales: 'HOJA DE DERIVACIÓN / CONTRADERIVACIÓN' y 'HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA'. Ambas secciones contienen campos para datos personales (Nombre, Apellido paterno, Apellido materno, Edad, Sexo), domicilio (particular, colonia, delegación, entidad federativa, código postal), motivo del envío, diagnóstico, establecimiento al que se deriva, y datos de contacto (número, teléfono, código postal). La sección de referencia incluye un espacio para el diagnóstico clínico y observaciones. Ambas secciones requieren la firma y el nombre del responsable del establecimiento y del personal que deriva.

En el apartado de Derivación/contrarreferencia, ahondaremos más sobre este proceso.

## 2. Ingreso o admisión

### ¿Qué es el ingreso?

Es el acto de dar la entrada a un establecimiento especializado en adicciones para recibir un tratamiento.

En el modelo de atención de ayuda mutua **será estrictamente voluntario**, pudiendo darse el ingreso obligatorio (derivado por instancias legales y con un oficio de la instancia correspondiente) en establecimientos que se encuentren reconocidos por la CONADIC.

### ¿Qué documentos se usan durante el ingreso?

Dentro del proceso de ingreso se aplican los siguientes documentos e instrumentos:

- Hoja de ingreso
- Hojas administrativas (Identificación oficial, inscripción seguro popular).
- Consentimiento Informado voluntario.
  - Apartado de confidencialidad y protección datos personales.
  - Compromiso de Continuidad del Tratamiento Médico.
- Costos del tratamiento y/o convenio o contrato por pago de servicios
- Revisión física.

## 2.1. Hoja de ingreso.

### ¿Qué es?

Es el documento escrito que permite recabar información precisa de la persona consumidora al momento de su ingreso (ver figura 7).

### ¿Por qué es importante?

Contiene información precisa, confidencial y de fácil acceso del usuario/a, la cual permitirá un medio de consulta del personal profesional y de consejería para otorgarle un mejor servicio.

### ¿Cómo está constituida?

- Fecha y hora de elaboración.
- Datos generales de la persona usuaria (nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad, dirección, teléfonos, nacionalidad, estado civil, escolaridad y ocupación).
- Ingresos previos (en caso de existir) al establecimiento y sus fechas.
- Si es referido o no por alguna institución, en caso afirmativo indicar cuál.
- Si presenta o no hoja de contrarreferencia.
- Tipo de ingreso: voluntario.
- Motivo de consulta.
- Descripción breve del estado de salud de la persona usuaria.
- Datos del familiar o representante legal (nombre, edad, ocupación, parentesco, dirección y teléfono).
- Criterios clínicos de inclusión al tratamiento.
- Nombre, firma y cargo de quien entrevista.

Figura 7. Hoja de Ingreso  
(Anexo 7)

**Hoja de Ingreso**

**Fecha y hora de ingreso:** \_\_\_\_\_

**No. de expediente:** \_\_\_\_\_

**1. Datos del usuario/a**

Nombre completo del usuario/a: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuántos ingresos previos ha tenido el establecimiento? \_\_\_\_\_

Fecha(s): \_\_\_\_\_

¿Lo refiere alguna institución? ( ) Sí ( ) No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Presenta hoja de referencia? ( ) Sí ( ) No

Tipo de ingreso actual: ( ) Voluntario ( ) Involuntario ( ) Obligatorio ( )

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción breve del estado de salud en general del usuario/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Datos del familiar o representante legal**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2.2. Hojas administrativas.

### ¿Qué son?

Son documentos necesarios para la realización de diversos trámites relacionados con el tratamiento que recibirá el usuario/a. Tienen generalmente carácter oficial, pues responden a leyes o reglamentos vigentes.

### ¿Por qué son importantes?

Porque respaldan la información proporcionada por la persona usuaria, familiar, o quienes ejerzan la tutoría o representación legal. Se mencionan a continuación algunos:

- Identificación oficial. Documento otorgado por una jurisdicción o entidad con el fin de clasificar a cada persona, así como acreditar su identidad.
- Inscripción a un servicio de salud. Es el documento que brinda protección a la población para atender de manera oportuna su salud. Está orientado a reducir los gastos médicos y fomentar la atención pertinente.

## 2.3. Consentimiento informado

### ¿Qué es?

Es el documento mediante el cual se garantiza que el usuario/a ha expresado voluntariamente su intención de recibir tratamiento especializado para su adicción, de igual forma el centro se compromete a no mantenerlo de manera involuntaria y puede ser revocado en cualquier momento por la persona usuaria (ver figura 8).

### ¿Por qué es importante?

A través de este, se le da a conocer las condiciones del tratamiento, así como los riesgos y beneficios de este.

### ¿Cómo está constituido?

- Título del documento.
- Nombre del establecimiento.
- Lugar y fecha en que se emitió.
- Acto autorizado (autorización del servicio brindado).
- Señalamiento de los riesgos y beneficios.
- Nombre completo y firma de la persona usuaria.
- Nombre completo y firma del director/a o personal responsable en turno.
- Nombre completo y firma de dos personas presentes que atestiguan lo señalado.

Figura 8 Consentimiento informado  
Anexo 8

**Consentimiento informado**

No. de expediente: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por parte del usuario/a:

Por medio de la presente, yo "AGREGAR NOMBRE DEL USUARIO/A" de sexo "AGREGAR SU SEXO" con "AGREGAR SU EDAD" años de edad, declaro haber sido informado/a que el establecimiento "AGREGAR NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO" ubicado en "AGREGAR DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO" ofrece un tratamiento residencial por un tiempo de "AGREGAR DURACIÓN DEL TRATAMIENTO" que tiene la finalidad de brindar atención para mi consumo de alcohol y/o drogas. Dicho tratamiento se basa en un modelo de tratamiento: "AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL, MIXTO O DE AYUDA MUTUAL)" cuyo objetivo consiste en: "AGREGAR UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO".

Estoy de acuerdo en participar activamente durante todo el proceso de tratamiento, lo que implica proporcionar información veraz y fidedigna al momento de la evaluación, realizar las actividades asignadas por personal en consejería, medicina, psicología, trabajo social y demás profesional de la salud, cumplir los puntos que establece el reglamento interno respecto a mi comportamiento y asistir a las sesiones de seguimiento una vez terminado el tratamiento, todo ello en beneficio de lograr mi abstinencia y facilitar mi recuperación. Acepto de que en caso necesario y al no obtener los resultados esperados, se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención.

Tengo conocimiento de que la relación de mi persona con el personal del establecimiento será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado/a respecto a las características del tratamiento, los procedimientos, \_\_\_\_\_ (médicos, terapéuticos, rehabilitatorios o paliativos) los riesgos que implica, así como los beneficios esperados, y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.

Por parte del establecimiento

## 2.4. Apartado compromiso de confidencialidad y protección datos personales

### ¿Qué es?

Es un párrafo incluido en el **consentimiento informado**, a través del cual se manifiesta la protección de la información brindada por la persona, su familia, o quienes ejerzan la tutoría o representación legal (ver figura 9).

### ¿Por qué es importante?

Porque la información brindada es confidencial y debe manejarse con el cuidado que merece, de esta forma protegen su integridad.

### ¿Cómo está constituida?

El compromiso por escrito asume que toda información brindada por la persona usuaria es de carácter confidencial, y que no se podrán tomar fotos, audios o videos sin el consentimiento respectivo de la persona consultante, la familia, o quienes asumen la tutoría o representación legal.

Figura 9. Apartado compromiso de confidencialidad y protección datos personales (Anexo 8)

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el usuario/a es de carácter confidencial y sólo tendrán acceso a ésta el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso terapéutico, por lo que no se revelará a ninguna otra persona, si no es bajo el consentimiento escrito del usuario/a, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias. Así mismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y sin previo consentimiento escrito por parte del usuario/a.

## 2.5. Compromiso de Continuidad del Tratamiento Médico

### ¿Qué es?

Palabras que están incluidas en el documento de **consentimiento informado**, en donde se especifica que si la persona usuaria tiene una condición de salud que requiere la continuidad de un tratamiento médico o farmacológico, le será suministrada en las dosis, horarios y duración indicada. Y en su caso de requerir la realización de estudios o la atención médica urgente, se compromete a notificar a las personas responsables (familia, o quienes ejercen la tutoría o representación legal) (ver figura 10).

### ¿Por qué es importante?

Para garantizar el cuidado de la salud o continuidad de un tratamiento médico o farmacológico durante su estancia en el establecimiento.

### ¿Cómo está constituida?

Es el compromiso por escrito que asume el establecimiento para dar continuidad a un tratamiento médico, en dosis, horarios y duración, comprobatorio por medio de la prescripción médica establecida previamente a su ingreso.

Figura 10. Compromiso de Continuidad del Tratamiento Médico  
(Anexo 8)

En el caso de que el usuario/a presente una condición médica previa al ingreso, el establecimiento dará continuidad al tratamiento médico o farmacológico, suministrando los medicamentos en las dosis y horarios indicados, siempre y cuando estos sean proporcionados por: "DESCRIBIR LA POLÍTICA QUE EL ESTABLECIMIENTO APLICARÁ PARA PROPORCIONAR MEDICAMENTOS A LOS USUARIOS/AS", existan los estudios y recetas avaladas por personal médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que el usuario/a requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le informará al respecto y se avisará a los familiares. En el caso de que el usuario/a requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a su familia responsable y se trasladará a algún hospital del segundo nivel de atención.

## 2.6 Costos del tratamiento y/o convenio o contrato por pago de servicios

### ¿Qué es?

Es un documento en el cual se establecen los precios o tarifas de los servicios médicos, a fin de que el usuario cuente con información suficiente sobre el costo de los servicios que proporcionan y en el cual quien contrata tiene cierta libertad, dado que no está sometida a continuarla a completa subordinación.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 85 dice que queda prohibido que el establecimiento privado de atención médica retenga o pretenda retener a cualquier usuario o cadáver para garantizar el pago de la atención médica prestada o cualquier otra obligación. En caso de hacerlo se hará acreedor a las sanciones previstas por la legislación aplicable, sin perjuicio de las penas a que se haga acreedor, de conformidad con lo establecido en la legislación penal.

### ¿Por qué es importante?

Porque permite asegurar que se cumplan los acuerdos y beneficios para ambas partes, como el costo total, duración, condiciones y acuerdos.

### ¿Qué incluye?

Dicho documento se puede conformar como contrato y normalmente tiene los siguientes requisitos:

- Que el establecimiento sea una persona física o moral legalmente constituida.
- Nombre o razón social de la persona física o moral que presta el servicio; registro federal de contribuyentes y, en su caso, la rúbrica del representante legal.

- Nombre, edad, domicilio y teléfono del usuario.
- La mención de que la persona usuaria, su familiar responsable, tutor o representante legal, tiene interés en contratar y recibir los servicios que presta el establecimiento privado de atención médica.
- Nombre, edad, domicilio y teléfono del responsable o representante del usuario/a.
- La indicación de que el familiar responsable, tutor o representante legal de la persona usuaria se obliga de manera solidaria al pago de los servicios de atención médica privada que presta el establecimiento.
- El objeto del contrato.
- El lugar en donde se prestarán los servicios de atención médica privada.
- Procedimiento de ingreso del usuario/a.
- Tipo del servicio de hospitalización, por ejemplo, el tipo de habitación destinada al usuario/a.
- El procedimiento para el pago por la prestación de los servicios en el establecimiento privado de atención médica.
- En su caso, el procedimiento para el pago de los honorarios médicos.
- Procedimiento para el resguardo de objetos personales.
- Procedimiento de alta de la persona usuaria.
- El señalamiento sobre la responsabilidad que tiene el prestador del servicio, con base en lo estipulado en el objeto del contrato.
- La indicación de que el usuario/a debe sujetarse a las disposiciones del establecimiento privado de atención médica, en relación con el uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición.

## 2.7. Hoja de Revisión Física

### ¿Qué es?

Es un documento para realizar la exploración física por medio de la observación. Representa el primer paso de un examen físico, basándose en la observación parcial o total del cuerpo de la persona usuaria (ver figura 12).

## ¿Por qué es importante?

De esta manera se puede dar cuenta rápidamente si la persona se presenta lesiones o presenta algún padecimiento que se pueda observar sin un estudio profundo.

Esta revisión se debe realizar a cabo por personal del establecimiento y una persona familiar que atestigüe el acto del mismo sexo del/a consultante.

## ¿Cómo está constituida?

- Fecha.
- Datos generales (nombre, edad, sexo)
- Condiciones físicas generales de la persona usuaria.
- Consideraciones para la ubicación de las lesiones (cuerpo).
- Nombre y firma del personal que realiza la revisión.
- Nombre y firma del familiar testigo.



### 3.1 Historia Clínica-Médica

#### ¿Qué es?

Es un documento que realiza personal médico y recaba información del estado de salud del/la paciente. (Ver figura 13)

#### ¿Por qué es importante?

Porque a través de ella se realiza un plan de tratamiento médico y se identifican y descartan enfermedades que pueden afectar la rehabilitación.

#### ¿Qué elementos lo integran?

- Ficha de identificación (Nombre del/a paciente, edad, sexo, fecha y número de expediente).
- Antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos).
- Antecedentes de consumo de sustancias.
- Padecimientos actuales.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Datos obtenidos de la exploración física.
- Resultados de estudios.
- Tratamientos previos y resultados.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Nombre, cédula profesional y firma del personal médico que le ha atendido.

Figura 13. Historia Clínica  
(Anexo 10)

| Historia Clínica                                                                          |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Fecha y hora                                                                              |       |       |
| No. de Expediente:                                                                        |       |       |
| Nombre:                                                                                   | Edad: | Sexo: |
| <b>1. Padecimiento actual:</b>                                                            |       |       |
| ¿Estás siendo atendido/a por algún problema de salud en la actualidad? ¿Cuál?             |       |       |
| ¿Estás tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto medicando? ¿Cuál? |       |       |
| Factores desencadenantes:                                                                 |       |       |
| Evolución:                                                                                |       |       |
| Estado Actual (Incluir datos de patrón de consumo, abstinencia)                           |       |       |

### 3.3. Cuestionario de satisfacción de vida

#### ¿Qué es?

Es el documento que realiza personal en consejería, madrina o padrino, mediante el cual se conoce la satisfacción que tiene actualmente la persona consultante en diversas áreas de su vida cotidiana (ver figura 14).

#### ¿Por qué es importante?

Con la información obtenida de este instrumento y de la entrevista inicial, personal de consejería podrá aportar los elementos para la atención multidisciplinaria y realizar el plan de consejería individual.

#### ¿Cómo está constituida?

- Nombre de la persona consultante
- Fecha
- No. de Expediente
- 12 áreas de Vida

- Nombre y firma de persona que aplica la prueba
- Cargo

Figura 14. Cuestionario de Satisfacción de Vida  
(Anexo 11)

**Cuestionario de Satisfacción de Vida**

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a once diferentes áreas de su vida y con su vida en general. Por favor, anote un tache o una paloma en el número que corresponda del 1 al 10, a su nivel satisfactorio que siente tener en ese momento en cada una de las áreas de su vida. Tome en cuenta que el número uno indica completamente insatisfecho y el 10 completamente satisfecho.

| Áreas de Vida                             | Completamente insatisfecho |   | Insatisfecho |   | Satisfecho |   | Completamente satisfecho |   |   |    |
|-------------------------------------------|----------------------------|---|--------------|---|------------|---|--------------------------|---|---|----|
|                                           | 1                          | 2 | 3            | 4 | 5          | 6 | 7                        | 8 | 9 | 10 |
| 1. Consumo de drogas                      |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 2. Progreso en el trabajo o en la escuela |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 3. Manejo del dinero                      |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 4. Vida social/recreativa                 |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 5. Salud física                           |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 6. Relaciones familiares o matrimoniales  |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 7. Situación legal                        |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 8. Vida emocional                         |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 9. Comunicación                           |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 10. Ejercicio físico                      |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 11. Vida espiritual y moral               |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |
| 12. Satisfacción general                  |                            |   |              |   |            |   |                          |   |   |    |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

### 3.3. Solicitud y Nota de Interconsulta

#### ¿Qué es la interconsulta?

La interconsulta es un servicio médico especializado, que se lleva a cabo dentro de un establecimiento residencial de tratamiento en adicciones, ante el cual personal profesional sanitario acude al mismo para brindar la atención necesaria de la persona usuaria (ver figura 15).

#### ¿Por qué es importante?

A través de la solicitud y nota de interconsulta, se podrá recibir la atención especializada que se necesita para continuar con su tratamiento y rehabilitación dentro del establecimiento residencial.

## ¿Cómo está constituida?

### **Solicitud interconsulta**

- Ciudad
- Número de expediente
- Fecha y hora.
- Nombre del establecimiento.
- Del y al servicio de:
- Datos generales de la persona.
- Resumen clínico
- Motivo de interconsulta.
- Nombre, firma y cédula del personal médico solicitante.

### **Nota interconsulta**

- Nombre de la persona, edad, sexo
- Fecha y hora
- Motivo de la atención.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, descripción de la condición del embarazo (si aplica) y la prescripción de medicamentos.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado, análisis o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico.
- Tratamientos que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico.
- Plan de estudios.
- Nombre, cédula profesional y firma del profesional de la salud.

Figura 15. Solicitud y Nota de Interconsulta  
(Anexo 12)

**Solicitud de Interconsulta**

|                                                |                    |
|------------------------------------------------|--------------------|
| Nombre del establecimiento:                    | Ciudad:            |
| Del Servicio de:                               | No. De Expediente: |
| Al Servicio de:                                | Fecha: _____       |
| Nombre del Paciente:                           | Hora: _____        |
| Resumen clínico:                               |                    |
| Motivo de Interconsulta:                       |                    |
| Nombre, firma y cédula del médico solicitante: |                    |

**Nota de interconsulta**

|                                                                                                                                            |       |          |          |      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|------|-------|
| Nombre del usuario/a:                                                                                                                      |       | Edad:    | Sexo:    |      |       |
| Fecha:                                                                                                                                     |       | Hora:    |          |      |       |
| T/A                                                                                                                                        | Temp. | Frec. c. | Frec. r. | Peso | Talla |
| Motivo de la atención:                                                                                                                     |       |          |          |      |       |
| Resumen del interrogatorio, exploración física (descripción del embarazo si es el caso y la prescripción de medicamentos) y estado mental: |       |          |          |      |       |
| Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico:                                                          |       |          |          |      |       |
| Tratamiento que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico:                                          |       |          |          |      |       |
| Plan de estudio:                                                                                                                           |       |          |          |      |       |

## 4. Tratamiento

### ¿Qué es el tratamiento?

El tratamiento, es el proceso que comienza cuando una persona consumidora de una sustancia psicoactiva entra en contacto con un establecimiento residencial de tratamiento en adicciones y continúa el mismo a través de una sucesión de intervenciones específicas hasta el logro de niveles deseables de bienestar y salud mental. Para el caso de los establecimientos de ayuda mutua la intervención que se realiza es a través de la consejería y apoyo de profesionistas de la salud que intervienen durante todo el proceso de tratamiento.

### ¿Qué documentos se incluyen durante el tratamiento?

Dentro del proceso de tratamiento se aplican los siguientes documentos e instrumentos:

- Plan de Actividades Individualizado
- Notas de evolución individuales

## 4.1. Plan de Consejería Individual

### ¿Qué es?

Es una planificación individual que se realiza con las personas usuarias para identificar sus metas y objetivos terapéuticos, priorizando las áreas específicas de vida que deben ser atendidas con base en sus condiciones y características individuales (ver figura 16). En este sentido, el personal de consejería/apadrinamiento/amadrinamiento deberá identificar las necesidades de las personas usuarias para determinar las acciones que le permitan plantear el plan individualizado de atención, los objetivos que se pretende alcanzar en cada sesión y el número de consultas que requiere para atender este rubro.

### ¿Por qué es importante?

En este se definen las metas y objetivos que pretende alcanzar la persona en compañía del personal de consejería/padrino/madrina durante todo el proceso de recuperación. Este plan se realiza a partir de la información generada en la valoración.

### ¿Cómo está constituido?

- Datos de identificación de la persona.
- Resultado de la valoración realizada.
- Metas y objetivos de la consejería en adicciones.
- Acciones específicas.
- Nombre y firma del consejero/a, usuario/a, director/a y/o responsable del establecimiento.

Figura 16. Plan de consejería individual  
(Anexo 13)

**Plan de Consejería Individual**

No. expediente: \_\_\_\_\_

|                                                                                           |             |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| <b>Identificación del usuario/a:</b>                                                      |             |              |
| Nombre del usuario/a: _____                                                               |             |              |
| Sexo: _____                                                                               | Edad: _____ | Fecha: _____ |
| <b>Resultado de la valoración de consejería:</b>                                          |             |              |
| Consumo de alcohol y otras drogas: _____                                                  |             |              |
| Salud física y mental (depresión, ansiedad): _____                                        |             |              |
| Situación en diferentes áreas de vida (familiar, social, laboral, económica, etc.): _____ |             |              |
| <b>Metas y objetivos para lograr durante el proceso de consejería:</b>                    |             |              |
| Metas a mediano y/o largo plazo: _____                                                    |             |              |
| Objetivos a corto, mediano y largo plazo: _____                                           |             |              |
| <b>Acciones específicas:</b>                                                              |             |              |
| Compromiso del usuario/a para dejar el consumo: _____                                     |             |              |

## 4.2. Nota individual de Consejería

### ¿Qué es?

Es un documento que permite medir avances de la evolución del tratamiento en el usuario/a, cuantificar su cambio y predecir el mantenimiento de este, durante las actividades que se realizan en conjunto con el personal de consejería (ver figura 17).

### ¿Por qué es importante?

Mediante el registro de lo sucedido durante la sesión de consejería se da cuenta del cumplimiento de objetivos individuales y, en su caso, los replantea para poder llegar a la meta.

Se debe registrar lo sucedido en la sesión de consejería inmediatamente después de finalizada para que no se olvide; se sugiere que el consejero/a deje diez minutos entre una sesión y la siguiente para hacerlo.

### ¿Cómo está constituida?

- No. de Expediente.
- Datos generales de la persona usuaria (nombre, edad, sexo).
- Fecha, hora y número de sesión.
- Días de estancia en el establecimiento.
- Objetivo de la sesión.

- Aspectos que se trabajaron durante la sesión (temas, acciones específicas).
- Resultados de esta
- Tareas que debe realizar la persona.
- Temas/contenidos a trabajar en la próxima sesión.
- Observaciones.
- Fecha de la próxima sesión.
- Nombre completo y firma del personal de consejería o apadrinamiento / amadrinamiento.

Figura 17. Nota Individual de Consejería  
(Anexo 14)

**Nota Individual de consejería**  
No. de expediente: \_\_\_\_\_

|                                                                                                |       |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| Nombre del usuario/a:                                                                          | Edad: | Sexo:          |
| Fecha:                                                                                         | Hora: | No. de sesión: |
| Días de estancia en el establecimiento:                                                        |       |                |
| Objetivo de la sesión:                                                                         |       |                |
| Aspectos que se trabajaron con el usuario/a durante la sesión:                                 |       |                |
| Resultados de la sesión (conducta que manifestó el usuario/a y disposición durante la sesión): |       |                |
| Aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión:                                         |       |                |
| Tareas que debe realizar el usuario/a:                                                         |       |                |
| Observaciones:                                                                                 |       |                |
| Fecha de la próxima sesión:                                                                    |       |                |
| Nombre completo y firma del personal en consejería:                                            |       |                |

## 4.1. Nota de Evolución Médica

### ¿Qué son?

Documento en el cual personal de medicina, describen la evolución y actualización del cuadro clínico de la persona usuaria y el plan de tratamiento a seguir (Ver figura 18).

### ¿Por qué son importantes?

Mediante el registro del plan de tratamiento y su seguimiento, se da cuenta de la actualización del estado de salud de la persona usuaria y valorar si el tratamiento será modificado o es necesario derivar a otro por algún servicio de atención que se requiera y que el establecimiento no tenga a su alcance.

### ¿Cómo están constituidas?

- Número de Expediente.
- Datos generales: Nombre, edad, sexo.
- Fecha, hora, número de sesión.
- Signos vitales.
- Evolución y actualización del cuadro clínico.
- Resultados de estudios auxiliares.
- Plan de tratamiento.
- Indicaciones médicas (en el caso de prescripción de fármacos deberá de incluirse: dosis, vías de administración, periodicidad y duración).
- Nombre completo, firma y cédula profesional.

Figura 18. Nota de Evolución Médica  
(Anexo 15)

**Nota de Evolución Médica**

No. de expediente: \_\_\_\_\_

|                                                                                         |       |          |          |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|----------------|
| Nombre del usuario/a:                                                                   |       | Edad:    |          | Sexo:          |
| Fecha:                                                                                  |       | Hora:    |          | No. de sesión: |
| T/A                                                                                     | Temp. | Frec. C. | Frec. T. | Peso           |
| Resumen del interrogatorio:                                                             |       |          |          |                |
| Resultados de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado: |       |          |          |                |
| Hallazgos subjetivos, objetivos y apreciativos:                                         |       |          |          |                |
| Plan:                                                                                   |       |          |          |                |
| Pronóstico:                                                                             |       |          |          |                |
| Tratamiento e indicaciones médicas (dosis, vía de administración y periodicidad):       |       |          |          |                |
| Nombre completo, firma y cédula del profesional de medicina:                            |       |          |          |                |

## 5. Egreso

### ¿Qué es el egreso?

Se refiere a la salida de la persona usuaria de los servicios del establecimiento residencial, por cualquiera de los motivos siguientes:

- Completó el tratamiento;
- Se trasladó a otro servicio;
- A solicitud de la persona y/o familiar autorizado y/o quienes ejerzan la tutoría o representación legal;
- Abandono del servicio sin autorización;
- Disposición legal;
- Defunción o algún otro motivo.

Estos motivos además pueden ser con o sin mejoría según la evaluación correspondiente.

### ¿Qué documentos se incluyen durante el egreso?

Dentro del proceso de tratamiento se aplican los siguientes documentos e instrumentos:

- Reporte Final de Consejería y Plan de Seguimiento
- Hoja de egreso.
- Cuestionario de satisfacción de vida.
- Cuestionario de Satisfacción con el Servicio.

### 5.1 Reporte final de Consejería

#### ¿Qué es?

Es un resumen detallado de la evolución y estado de egreso de la persona usuaria, que incluye las principales temáticas abordadas correspondientes al plan de consejería individualizado, así como el cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de recuperación (ver figura 19).

## ¿Por qué es importante?

Mediante este reporte se da una idea general del progreso de la persona usuaria dentro del establecimiento desde su ingreso, hasta su egreso y se abordan puntos clave de monitoreo y seguimiento que él mismo/a realizará al momento de egresar.

De igual forma, dentro del Reporte final, se encuentra el plan de seguimiento al egreso, en el cual se llevan a cabo informes de la evolución de manera periódica, en relación con la reincorporación de sus actividades. Por medio de este plan se asegura el acompañamiento en la reintegración a la vida cotidiana (Ver anexo 17).

El contacto con la persona usuaria puede realizarse de manera telefónica, presencial, entre otros, debe contener los plazos para el seguimiento (se recomienda que sea al mes, a los tres, seis y 12 meses); las fechas específicas propuestas de esos plazos; el objetivo de cada sesión; los instrumentos que se van a utilizar; las personas que acudirán a cada sesión (personas usuarias, familia y/o personas significativas) y los principales temas a abordar.

## ¿Cómo está constituido?

- Fecha.
- No. Expediente.
- Nombre de la persona usuaria.
- Nombre del centro de tratamiento.
- Fecha de ingreso y de egreso.
- Motivo de ingreso.
- Objetivo general de plan de consejería individual.
- Se alcanzó el objetivo general del plan (sí o no).
- Resumen de la evolución y estado actual.
- Principales temáticas abordadas.
- Número de sesiones realizadas.
- Metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería.
- Conclusiones del proceso de consejería y comentarios finales.
- Motivo de egreso.
- Tipo de egreso.

- Pronóstico.
- Recomendaciones.
- Nombre y firma del personal en consejería.
  - **Plan de seguimiento.**
  - Primer seguimiento/Segundo/Subsecuentes
  - Plazo
  - Fecha programada
  - Objetivos
  - Instrumentos/formatos
  - Personas que asisten.
  - Temas para abordar.

Figura 19. Reporte Final de consejería y Plan de Consejería  
(Anexo, 16)

**Reporte Final de Consejería**  
Fecha \_\_\_\_\_

|                                                                                                                             |                   |                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| Nombre del usuario/a:                                                                                                       |                   | Expediente No.:                |  |
| Centro de tratamiento:                                                                                                      | Fecha de ingreso: | Fecha de egreso:               |  |
| Motivo de ingreso:                                                                                                          |                   |                                |  |
| Objetivo general del plan de atención individual:                                                                           |                   |                                |  |
| Se alcanzó el objetivo general del plan: (SI) (NO)<br>Fundamente:                                                           |                   |                                |  |
| Resumen de la evolución y estado actual:                                                                                    |                   |                                |  |
| Principales temáticas abordadas:                                                                                            |                   | Número de sesiones realizadas: |  |
| Metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería:                                                                |                   |                                |  |
| Conclusiones del proceso de atención y comentarios finales:                                                                 |                   |                                |  |
| Motivo de egreso:                                                                                                           |                   |                                |  |
| Tipo de egreso:<br>Alta conclusión de tratamiento ( ) Baja abandono terapéutico ( ) Baja temporal referencia ( ) Deceso ( ) |                   |                                |  |
| Pronóstico:                                                                                                                 |                   |                                |  |

## 5.2. Hoja de egreso

¿Qué es?

Documento mediante el cual se hace constar que la persona concluyó su tratamiento o salió del mismo (ver figura 20).

## ¿Por qué es importante?

Su llenado es importante ya que documenta la razón por la cual la persona usuaria egresó del establecimiento responsabilizándole, así como al establecimiento de cualquier situación de carácter legal. Se llena al momento de que el usuario/a abandona el establecimiento por las razones que se señalan en el documento.

## ¿Cómo está constituido?

- Datos generales de la persona usuaria, tales como el número de expediente, nombre, edad, sexo, fecha de ingreso, temperatura, talla, peso y frecuencia cardiaca.
- Motivo de egreso. - Se marca la razón por la cual se dejó el establecimiento, ya sea por el traslado a otro establecimiento, la conclusión del tratamiento, a solicitud de la persona usuaria, a solicitud de la familia autorizada, o quienes ejerzan la tutoría o representación legal, el abandono del servicio sin autorización, disposición de la autoridad legal competente, entre otras. Se marca con una X la Columna de la izquierda y se elige de igual modo si la acción fue con mejoría o sin esta.
- Descripción del estado general del usuario/a.- se registra a manera de resumen el estado general de salud, la disposición al cambio, la motivación mostrada. Se incluye el área médica y psicológica si el establecimiento cuenta con el servicio.
- Problemas clínicos pendientes.
- Criterios de egreso (en caso de que se egrese por cumplir los objetivos del tratamiento).
- Información complementaria
- Fecha del primer seguimiento.
- Nombre y firma de conformidad de la persona que egresa, del familiar, o quienes ejerzan la tutoría o representación legal (menor de edad) y de dos personas como testigos.
- Nombre y firma del personal de consejería.
- Nombre y firma del encargado o responsable del establecimiento.

Figura 20. Hoja de Egreso  
(Anexo 17)

**Hoja de Egreso**

**No. de expediente:**

|                       |       |           |          |       |       |
|-----------------------|-------|-----------|----------|-------|-------|
| Nombre del usuario/a: |       | Edad:     |          | Sexo: |       |
| Fecha de ingreso:     |       | Fecha de: |          | Hora: |       |
| I/A                   | Temp. | Frec. c.  | Frec. r. | Peso  | Talla |

**1. Motivo de egreso:**

☐ El usuario/a cumplió los objetivos de tratamiento

☐ Se trasladó a otra institución

☐ A solicitud del usuario/a

☐ A solicitud del familiar autorizado/a, quien representa legal o tiene la tutoría (en caso de menor de edad)

☐ Abandono del servicio sin autorización

☐ Disposición de la autoridad legal competente

☐ Defunción

[ ] Con mejoría [ ] Sin mejoría

**2. Resumen de la evolución y descripción del estado general del usuario/a:**

**3. Problemas clínicos pendientes:**

**4. Criterios de egreso:** (únicamente en caso de que el usuario/a egrese por haber cumplido los objetivos de tratamiento): DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO ESTABLECER LOS CRITERIOS QUE SE CONSIDERAN PARA QUE UN USUARIO/A EGRESE DEL ESTABLECIMIENTO, POR EJEMPLO:

a) El usuario/a se ha mantenido en abstinencia un promedio de 6 meses ---- SI NO

b) El usuario/a ha recibido los componentes terapéuticos mínimos indispensables para promover su rehabilitación ---- SI NO

c) El usuario/a ha participado activamente en todas las sesiones programadas por el médico, psicólogo o consejero ---- SI NO

d) Los resultados de la posevaluación indican que el usuario/a ha adquirido las habilidades para mantenerse sin consumo y lograr un estilo de vida saludable - SI NO

e) El estado de salud del usuario/a es óptimo ---- SI NO

f) El usuario/a se compromete a asistir a un mínimo de cuatro sesiones de seguimiento al año ---- SI NO

### 5.3. Cuestionario de Satisfacción de Vida

#### ¿Qué es?

Es el documento que realiza personal de consejería / padrino /madrina, mediante el cual se conoce la satisfacción que tiene la persona usuaria en diversas áreas de su vida cotidiana, al momento de su egreso (ver figura 21 y anexo 11).

#### ¿Por qué es importante?

Este instrumento además de aplicarse al momento de la evaluación se aplica en esta etapa para tener una comparación de la satisfacción de vida que tiene la persona al inicio y final del tratamiento.

#### ¿Cómo está constituido?

- Nombre de la persona usuaria.
- Fecha.
- No. de expediente.
- 12 áreas de Vida.
- Nombre y firma de quien aplica la prueba.
- Cargo.

Figura 21 Cuestionario de Satisfacción de Vida  
(Anexo 11)

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE VIDA**

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a once diferentes áreas de su vida y con su vida en general. Por favor, anote un tache o una paloma en el número que corresponda del 1 al 10, a su nivel satisfactorio que siente tener en ese momento en cada una de las áreas de su vida. Tome en cuenta que el número uno indica completamente insatisfecho y el 10 completamente satisfecho.

| Áreas de Vida                             | Completamente insatisfecho |   |   |   |   | Completamente satisfecho |   |   |   |    |
|-------------------------------------------|----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|----|
|                                           | 1                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                        | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. Consumo de drogas                      |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 2. Progreso en el trabajo o en la escuela |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 3. Manejo del dinero                      |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 4. Vida social/recreativa                 |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 5. Salud física                           |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 6. Relaciones familiares o matrimoniales  |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 7. Situación legal                        |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 8. Vida emocional                         |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 9. Comunicación                           |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 10. Ejercicio físico                      |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 11. Vida espiritual y moral               |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |
| 12. Satisfacción general                  |                            |   |   |   |   |                          |   |   |   |    |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

## 5.4. Cuestionario de Satisfacción con el Servicio

### ¿Qué es?

Es un cuestionario cuyo objetivo es conocer la opinión que tiene el usuario/a en relación con el servicio que recibió durante su proceso de tratamiento y rehabilitación (ver figura 22).

### ¿Por qué es importante?

Mediante este se obtiene la satisfacción del servicio otorgado y con la finalidad de contar con retroalimentación del trabajo realizado.

### ¿Cómo está constituido?

- Tiene 20 enunciados de valoración de la satisfacción del rango que va desde totalmente de acuerdo con totalmente en desacuerdo.
- Comentarios y sugerencias.
- Nombre y firma de quien aplica la prueba.
- Cargo.

Figura 22 Cuestionario de Satisfacción con el servicio  
(Anexo 18)

**Cuestionario de Satisfacción con el Servicio**

|                                                                                                                               | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | No estoy seguro/a | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------|---------------|--------------------------|
| Durante las sesiones de consejería que recibí en mi proceso de tratamiento y rehabilitación en el establecimiento residencial |                       |            |                   |               |                          |
| 1. Pude conocer la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias que tuve.                                                  |                       |            |                   |               |                          |
| 2. Pude conocer las situaciones o razones por las que consumía.                                                               |                       |            |                   |               |                          |
| 3. Identifiqué las consecuencias que me agradaban y que hacían que mantuviera mi consumo.                                     |                       |            |                   |               |                          |
| 4. Reconocí las consecuencias negativas, daños y pérdidas que tuve ocasionadas por el consumo.                                |                       |            |                   |               |                          |
| 5. Aprendí evitar consumir ante la presencia de factores o razones por las que antes lo hacía.                                |                       |            |                   |               |                          |
| 6. Aprendí a resolver mis problemas.                                                                                          |                       |            |                   |               |                          |
| 7. Me siento más capaz de controlar mi enojo.                                                                                 |                       |            |                   |               |                          |
| 8. Puedo tranquilizarme cuando me siento angustiado/a.                                                                        |                       |            |                   |               |                          |
| 9. Evito sentirme decaído/a y triste por mucho tiempo.                                                                        |                       |            |                   |               |                          |
| 10. He trabajado en cómo voy a poder alcanzar mis metas.                                                                      |                       |            |                   |               |                          |
| 11. Me siento capaz de alcanzar las metas que me propongo.                                                                    |                       |            |                   |               |                          |
| 12. Utilizo ejercicios que aprendí y que me han servido para mejorar.                                                         |                       |            |                   |               |                          |
| 13. Ha mejorado la relación con mi familia.                                                                                   |                       |            |                   |               |                          |
| 14. Practico actividades que me gustan y disfruto (sin el uso de drogas).                                                     |                       |            |                   |               |                          |

## 6. ¿Qué es la derivación y contrarreferencia?

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, señala que cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención adecuada del problema de la persona usuaria, se le deberá enviar a otro en el que se asegure el acceso al tratamiento necesario; para ello se deberá cumplir con los requisitos del establecimiento al que la persona será remitida, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia y abstinencia de alcohol y otras drogas y problemas asociados al consumo (STCONADIC, 2010).

El proceso de derivación y contrarreferencia es el conjunto de actividades técnico-administrativas que nos permiten establecer dos puntos importantes, 1) la condición clínica o gravedad de la persona usuaria al momento de solicitar el servicio y 2) el

procedimiento de referir a aquellos casos en los que no puedan ser atendidos en el establecimiento.

**Derivación:** Es el procedimiento por el cual personal prestador del servicio envía a los usuarios/as de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (complementario) a servicios que coadyuvan en la atención para las adicciones. Esto puede suceder ya que el establecimiento que deriva no cuenta con la capacidad resolutive de atención (ej. Caso de personas intoxicadas o con padecimientos psiquiátricos) (CONADIC, 2015).

Cabe aclarar que, en establecimientos con Modelo de Ayuda Mutua, se utiliza el término **derivación** ya que puede ser que este no cuente con personal profesional al momento de realizarla. En los modelos mixtos y profesionales se utiliza el término referencia, ya que el personal profesional es quien realiza dicho procedimiento.

La contrarreferencia es el procedimiento que lleva a cabo el establecimiento que recibió a la persona usuaria en la etapa de derivación una vez que ha completado exitosamente el tratamiento, por medio del cual la deriva de regreso al centro de atención que en un principio se los refirió.

### ¿Qué documentos se incluyen durante la derivación y contrarreferencia?

Dentro del proceso de derivación y contrarreferencia se aplican los siguientes documentos e instrumentos:

- Hoja de Derivación/Contrarreferencia.
- Registro y Control de Derivación.

## 6.1. Hoja de derivación/contrarreferencia

### ¿Qué es?

Es el formato en el que se registra de manera escrita que el establecimiento residencial solicita a otra institución que preste al usuario/a atención médica especializada, ya sea física o mental (ver figura 23).

### ¿Por qué es importante?

A través de este formato, se permite registrar los datos de identificación y clínicos de los usuarios/as que resulten relevantes para hacer más eficientes los procedimientos de derivación/contrarreferencia. El formato original se le entrega a la persona usuaria y al familiar quienes ejerzan la tutoría o representación legal, los cuales a su vez la entregan al personal del establecimiento receptor en donde se le proporcionará la atención necesaria.

La hoja de derivación/contrarreferencia debe ser llenada por la directiva del establecimiento o algún profesionalista del equipo multidisciplinario (en caso de existir). Personal de consejería puede sugerir la conveniencia o necesidad de esta, pero no es responsable de hacerla.

Es importante mencionar que durante el proceso de tratamiento esta hoja es utilizada en diferentes momentos. Uno de ellos es cuando la persona debe ser derivada en caso de intoxicación a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive, por lo cual se genera una nota de derivación en caso de intoxicación. Así mismo esta se llena cuando el usuario/a va a egresar por lo cual debe seguir su tratamiento ambulatorio. Ante esto se llena la hoja de derivación de continuidad de la atención ambulatoria. Si la persona continuará recibiendo la atención en el mismo establecimiento, es importante mencionarlo.

### ¿Cómo está constituida?

1. Derivación/contrarreferencia. - Debe marcarse (por ejemplo: con una cruz) si se trata de una acción de derivación o contrarreferencia, según sea el caso.
2. No. de registro. - Corresponde al folio correlativo de las acciones de derivación/contrarreferencia, anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja de derivación/contrarreferencia.
3. Fecha de derivación. - anotar el día, mes y año en que ocurre la acción.
4. Hora de derivación. - registrar la hora y minutos.
5. Urgencia. - señalar con una marca (ej. una cruz) si la derivación se considera de urgencia o no, según sea el caso. Considerar la posible necesidad de una ambulancia para el traslado de la persona usuaria.

6. Nombre del usuario/a.- anotar el nombre de pila completo.
7. Edad. - anotar con números arábigos (ej. 20) la edad del usuario/a en años cumplidos.
8. Sexo. - marcar (ej. una X) sobre la casilla “H” o “M”, según se trate de un Hombre o una Mujer
9. Domicilio particular del usuario/a.- anotar el nombre o número de la calle, número del predio, colonia, etc.
10. Motivo del envío. - anotar del ¿por qué? que origina la derivación de la persona usuaria a otro establecimiento (interconsulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etc.), según sea el caso.
11. Diagnóstico: anotar la impresión diagnóstica establecida por el personal que deriva al usuario/a.
12. Establecimiento al que se deriva. - anotar el nombre del establecimiento que recibe.
13. Domicilio del establecimiento receptor. - anotar el nombre o número de la calle, número del predio, colonia, número de teléfono, etc.
14. Nombre del personal que deriva. - anotar nombre y apellidos de la persona que ejecuta la acción, especificar su calificación profesional y su nivel de responsabilidad en el establecimiento derivador.  
  
La parte inferior de la hoja es la de derivación/contrarreferencia propiamente dicha y está integrada por los siguientes apartados:
15. Derivación/contrarreferencia. - debe marcarse si se trata de una acción de derivación o contrarreferencia, según sea el caso.
16. No. de registro. - corresponde al folio correlativo de las acciones de derivación/contrarreferencia; anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja de derivación/contrarreferencia.
17. Fecha de derivación. - anotar el día, mes y año.
18. Hora de derivación. - anotar el horario en que ocurre.

19. Urgencia. - señalar con una marca (ej. Una X) si la derivación se considera de urgencia o no, según sea el caso. Considerar la posible necesidad de una ambulancia para el traslado.
20. Nombre del usuario/a. - anotar el nombre de pila completo.
21. Edad. - anotar con números arábigos (ej. 20) la edad en años cumplidos.
22. Sexo. - marcar (ej. una X) sobre la casilla "H" o "M", según se trate de un Hombre o Mujer.
23. Domicilio particular del usuario/a. - anotar el nombre o número de la calle, número del predio, colonia, etc.
24. Número de expediente. - anotar el número correspondiente al expediente clínico del usuario/a dentro del archivo del establecimiento que deriva.
25. Establecimiento que deriva -establecimiento al que se deriva (receptor)-. - anotar el nombre del establecimiento que derive al usuario/a.
26. Domicilio del establecimiento que deriva. - anotar el nombre o número de la calle, número del predio, colonia, número de teléfono, etc.
27. Establecimiento al que se deriva (establecimiento receptor). - anotar el nombre del establecimiento al que se deriva al usuario/a.
28. Domicilio del establecimiento receptor. - anotar el nombre o número de la calle, número del predio, colonia, número de teléfono, entre otros.
29. Motivo de la derivación (resumen clínico del padecimiento). - describir el cuadro de manera clara y completa, incluyendo los signos y síntomas del padecimiento, así como las limitaciones del establecimiento que deriva, y que en su conjunto hacen necesaria la derivación de la persona usuaria a otro establecimiento. En caso de que la derivación se realice únicamente con fines de practicar estudios de laboratorio o gabinete, deberá justificarse en este apartado.
30. Diagnóstico clínico o impresión diagnóstica. - anotar el diagnóstico clínico de certeza (cuando se disponga de este; por ejemplo, si existe como un antecedente) o impresión diagnóstica del caso del usuario/a.

31. Observaciones. - en esta parte se pueden consignar cualesquiera datos no incluidos en los otros apartados y que resulten importantes para la mejor atención del usuario/a.
32. Persona responsable del establecimiento. - registrar el nombre completo y firma del/la responsable del establecimiento que refiere al usuario/a, con el propósito de avalar el procedimiento.

Figura 23. Hoja de Derivación/Contrarreferencia  
(Anexo 19)

| HOJA DE DERIVACIÓN / CONTRADERIVACIÓN                                        |                               |                                                      |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>HOJA DE DERIVACIÓN / CONTRADERIVACIÓN<br/>ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE</b> |                               | Derivación / Contraderivación No. de registro: _____ |                                                                         |
| Fecha de derivación / contraderivación: _____                                |                               | Hora de derivación / contraderivación: _____         |                                                                         |
| Urgencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |                               |                                                      |                                                                         |
| Nombre (s): _____                                                            | Apellido paterno: _____       | Apellido materno: _____                              | Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Domicilio particular: Calle _____                                            |                               | Número _____                                         |                                                                         |
| Colonia/población: _____                                                     | Delegación o municipio: _____ | Entidad federativa: _____                            | Código postal: _____                                                    |
| Motivo del envío: _____                                                      |                               |                                                      |                                                                         |
| Diagnóstico: _____                                                           |                               |                                                      |                                                                         |
| Establecimiento al que se deriva: _____                                      |                               |                                                      |                                                                         |
| Domicilio del establecimiento: Calle _____                                   |                               | Número _____ Número de teléfono: _____               |                                                                         |
| Colonia/población: _____                                                     | Delegación o municipio: _____ | Entidad federativa: _____                            | Código postal: _____                                                    |
| Nombre del personal que deriva, firma y cargo: _____                         |                               |                                                      |                                                                         |
| <b>HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA<br/>USUARIO</b>                     |                               | Derivación / Contraderivación No. de registro: _____ |                                                                         |
| Fecha de Derivación / Contraderivación: _____                                |                               | Hora de Derivación / Contraderivación: _____         |                                                                         |
| Urgencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |                               |                                                      |                                                                         |
| Nombre (s): _____                                                            | Apellido paterno: _____       | Apellido materno: _____                              | Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Domicilio particular: Calle _____                                            |                               | Número _____                                         |                                                                         |
| Colonia/población: _____                                                     | Delegación o municipio: _____ | Entidad federativa: _____                            | Código postal: _____                                                    |
| Establecimiento que deriva: _____                                            |                               |                                                      |                                                                         |
| Domicilio: Calle _____                                                       |                               | Número _____ Número de teléfono: _____               |                                                                         |
| Colonia/población: _____                                                     | Delegación o municipio: _____ | Entidad federativa: _____                            | Código postal: _____                                                    |
| Establecimiento al que se deriva (receptor): _____                           |                               |                                                      |                                                                         |
| Domicilio: Calle _____                                                       |                               | Número _____ Número de teléfono: _____               |                                                                         |
| Colonia/población: _____                                                     | Delegación o municipio: _____ | Entidad federativa: _____                            | Código postal: _____                                                    |
| Motivo de la derivación (resumen clínico del padecimiento): _____            |                               |                                                      |                                                                         |
| Diagnóstico clínico: _____                                                   |                               |                                                      |                                                                         |
| Observaciones: _____                                                         |                               |                                                      |                                                                         |
| Responsable del establecimiento                                              |                               | Personal que deriva                                  |                                                                         |
| Nombre _____                                                                 | Firma _____                   | Nombre _____                                         | Firma _____                                                             |

)

## 7. Seguimiento

### ¿Qué es el seguimiento?

El proceso de seguimiento se refiere a la serie de actividades que realizan ya sea por personal de medicina, psicología, consejería o cualquier otra persona integrante del establecimiento a fin de continuar el proceso de la atención, ya sea en otra instancia o en el mismo establecimiento para continuar con su completa recuperación o mantener su estado de salud de manera satisfactoria.

Dichas actividades se realizan de manera presencial, telefónica o por algún medio digital.

## ¿Qué documentos se incluyen durante el seguimiento?

Dentro del proceso de seguimiento se aplican los siguientes documentos e instrumentos:

- Reporte de seguimiento

### 7.1. Reporte de Seguimiento

#### ¿Qué es?

El Reporte de seguimiento es un resumen de cada una de las sesiones efectuadas al mes, tres, seis y 12 meses del egreso, en donde se retoma de manera breve y puntual la situación de consumo o abstinencia que reporta el usuario/a, así como los riesgos de un posible consumo. Asimismo, enlista las tareas que el usuario/a debe llevar a cabo hasta la próxima visita de seguimiento, de modo que el personal de consejería va estructurando las temáticas que guiarán las sesiones subsecuentes, rescatando las estrategias ya revisadas para fomentar la prevención de recaídas, toma de decisiones y factores de riesgo - protección (ver figura 24).

#### ¿Por qué es importante?

Por medio de este se transmite de manera clara y concisa los hallazgos centrales, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes al caso.

El Reporte de seguimiento debe estar centrado en la persona, evitando hacer interpretaciones, juicios o categorizaciones de la información que esta reporta.

#### ¿Cómo está constituido?

- Datos generales del usuario/a.- tales como el nombre y la fecha de realización de la actividad, así como su número de expediente
- Periodo de seguimiento. - anotar con una "X" el periodo correspondiente, describir algún otro periodo de tiempo utilizado en el establecimiento y el medio utilizado.
- Objetivo de la sesión. - se registra la finalidad de la actividad del seguimiento



- Resumen de la sesión. - de manera general se describen los aspectos más relevantes que mencionó la persona usuaria en la entrevista, se resaltan aquellos sobre el consumo de sustancias, los factores de riesgo que ha tenido, si han existido recaídas, los planes de acción ante los factores de riesgo y el resultado que obtuvo.
- Tareas Asignadas. - Se describen las actividades que se le encomendaron durante la entrevista para resolver su situación de riesgo o preservar la abstinencia.
- Aspectos que se revisarán en el próximo seguimiento. - se anotan los elementos que quedan pendientes de revisar en la próxima actividad
- Observaciones. - se anotan aquí cualquier otro aspecto de relevancia que refiera el usuario/a.



Figura 24. Reporte de Seguimiento  
(Anexo 20)

| REPORTE DE SEGUIMIENTO                                                                                                           |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nombre del usuario: _____                                                                                                        |                          |
| Fecha: _____                                                                                                                     | No. de expediente: _____ |
| Periodo de seguimiento: Al mes ( ) A los tres meses ( ) A los seis meses ( )<br>A los doce meses ( ) Otro ( ) Especifique: _____ |                          |
| Tipo de seguimiento: Presencial ( ) Telefónico ( ) Por correo electrónico ( )                                                    |                          |
| <b>Objetivo de la sesión:</b>                                                                                                    |                          |
| <b>Resumen de la sesión:</b>                                                                                                     |                          |
| Entrevista de seguimiento                                                                                                        |                          |
| Consumo de sustancias                                                                                                            |                          |
| Planes de acción para situaciones de riesgo de consumo                                                                           |                          |
| <b>Tareas asignadas:</b>                                                                                                         |                          |
| <b>Aspectos que se revisarán en el próximo seguimiento:</b>                                                                      |                          |
| <b>Observaciones:</b>                                                                                                            |                          |
| <b>Fecha de la próxima sesión:</b>                                                                                               |                          |
| <b>Nombre y firma del terapeuta o consejero:</b>                                                                                 |                          |

## V. Glosario

**Adicción.** Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferidas, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (OMS, 1994).

**Establecimientos de tratamiento en adicciones.** Son los establecimientos de carácter público, privado o social, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto (CONOCER, 2015).

**Ingreso voluntario.** El usuario/a expresa voluntariamente su intención de recibir tratamiento especializado para su adicción (CONOCER, 2015).

El ingreso voluntario requiere de solicitud del usuario por escrito (carta de consentimiento informado), haciendo constar el motivo de la solicitud.

**Modelo de ayuda mutua.** Es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua (CONADIC, 2009).

**Modelo mixto.** Es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional (CONADIC, 2009).

**Modelo profesional.** Es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros (CONADIC, 2009).

**Rehabilitación.** Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de alcohol y otras drogas, alcanza un estado de salud, un funcionamiento

psicológico y un bienestar social óptimos. La rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad para que la persona pueda vivir con autonomía y autosuficiencia (CONOCER, 2015).

**Responsable del establecimiento de tratamiento en adicciones.** Para el efecto se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Por lo que se refiere a los grupos de ayuda mutua, este podrá ser una persona ex consumidora en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de alcohol y otras drogas y se mantenga en su proceso de rehabilitación (CONOCER, 2015).

**Tratamiento.** Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de alcohol y otras drogas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia (CONOCER, 2015).

**Usuario/a.** Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas. (CONOCER, 2015).

## VI. Referencias

1. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (2014). Manual del consejero. Tomo II. Secretaría de Salud: México.
2. CONADIC (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México.
3. CONADIC (2015). Guía para Operar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las UNEME-CAPA. México.
4. OMS (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria.
5. Secretaría de Salud (2017). Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Recuperado de: [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/vig\\_epid/1/formatos/2017/Formato%20SISVEA.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/vig_epid/1/formatos/2017/Formato%20SISVEA.pdf). Fecha de acceso 23/03/2019.
6. STCONADIC. (2010). Guía de Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en Adicciones. México: secretaria de Salud.

## VII. Anexos

### Anexo 1. Entrevista Inicial

#### Entrevista Inicial

##### Objetivo

La entrevista inicial permite obtener información sobre diversos aspectos de la persona usuaria con respecto al problema consumo de sustancias y otras condiciones que es necesario conocer. Esta información se requiere para identificar los riesgos y junto con el usuario/a elaborar el plan de consejería individual, que apoye el tratamiento y promueva el proceso de recuperación y la construcción de una vida alejada del consumo de alcohol y otras drogas

##### Descripción:

La entrevista inicial está integrada por las siguientes áreas: consumo de alcohol y otras drogas, los daños y consecuencias que le ha ocasionado al usuario/a, su disposición al cambio, la situación social-familiar en la que se encuentra, administración del tiempo libre, su situación laboral, de salud mental y salud física. La entrevista tiene 62 preguntas que permiten obtener la información específica de cada área.

##### Procedimiento de aplicación:

Antes de iniciar la entrevista es necesario que cuente con un ejemplar de esta, de forma que pueda ir leyendo y haciendo las preguntas correspondientes a la persona usuaria del servicio. Coméntele que le realizará una entrevista que tiene por objetivo conocer la situación de su consumo de alcohol y otras drogas, así como diversos aspectos de su vida que es necesario conocer para el desarrollo de la consejería y del tratamiento en general. Enseguida explíquele que para conocer esta información le hará una serie de preguntas que debe contestar con toda sinceridad, tal y como le han ocurrido.



Al término de la entrevista agradezca la cooperación y coménteles que para la próxima sesión continuarán con la misma (en caso de que sea necesario que aplique la entrevista en dos o tres sesiones).

### **Recomendaciones**

Aplique la entrevista a las 72 horas posteriores a su ingreso al establecimiento para cerciorarse de que muestre condiciones físicas estables e ideas claras.

Si lo considera necesario, aplique la entrevista en dos o tres sesiones.

Tenga presente que usted es quien debe aplicar la entrevista, **NO** le debe entregar el formato de la entrevista al usuario/a para que se conteste.



## Entrevista Inicial

### Datos Generales

Fecha: \_\_\_\_\_ No de expediente \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Salario mensual: \_\_\_\_\_

Tiempo trabajando en el empleo actual: \_\_\_\_\_

Si se encuentra desempleado actualmente ¿Cuánto tiempo lleva así? \_\_\_\_\_

¿Depende económicamente de alguien? Si ( ) No ( ) ¿De quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien depende económicamente de usted? Si ( ) No ( )

¿Quién/es? \_\_\_\_\_

Personas con las que vive: \_\_\_\_\_

¿Tiene pareja? \_\_\_\_\_ Tiempo de Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

## Consumo de sustancias

### 1.- Consumo durante el último año:

| Tipo de Sustancia            | Consumo<br>1=No 2=Si<br>Tabaco 1 Nunca he fumado,<br>2 fumo actualmente<br>3 exfumador/a menor a un<br>año, 4 exfumador/a mayor a<br>un año | Forma de consumo<br>1 ingerida<br>2 inyectada<br>3 fumada<br>4 inhalada<br>5 otras | Frecuencia de días de<br>consumo semanal | Cantidad consumida con<br>más frecuencia por ocasión) | Edad de inicio de consumo |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| Alcohol                      |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Mariguana                    |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Cocaína                      |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Metanfetaminas               |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Anfetaminas                  |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Inhalables                   |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Alucinógenos                 |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Drogas de diseño             |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Medicamentos<br>Estimulantes |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Medicamentos<br>Depresores   |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Tabaco                       |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |
| Otras                        |                                                                                                                                             |                                                                                    |                                          |                                                       |                           |

### 2. Principal sustancia de consumo (marque sólo una):

\_\_\_\_ (1) Alcohol \_\_\_\_ (2) Tabaco \_\_\_\_ (3) Mariguana \_\_\_\_ (4) Cocaína \_\_\_\_ (5) Crack \_\_\_\_  
(6) Pastillas \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (7) Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### 3. En caso de consumo de alcohol, ¿qué tipo de bebida consume?

\_\_\_\_ (1) Cerveza \_\_\_\_ (2) Vino \_\_\_\_ (3) Pulque \_\_\_\_ (4) Coolers  
\_\_\_\_ (5) Destilado (indique cuál: ron, ginebra, aguardiente, vodka, wiski, tequila, mezcal,  
etc.) \_\_\_\_\_

### 4.- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol / drogas?

\_\_\_\_\_

### 5.- Normalmente consume: \_\_\_\_ (1) solo \_\_\_\_ (2) acompañado/a

### 6. El lugar donde consume normalmente es: \_\_\_\_ (1) público \_\_\_\_ (2) privado

### 7.- ¿En qué lugares consume con más frecuencia?

\_\_\_\_\_

**8.- Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas ¿puede detener su consumo voluntariamente?** \_\_\_\_\_ (1) Si \_\_\_\_\_ (2) No

**9. Mensualmente ¿qué cantidad de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?**

\_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_ Drogas

**10.- De las siguientes situaciones de la vida diaria ¿cuáles son las que más le llevan a consumir? Ordénalas del 1 al 8, de acuerdo con el tipo de situación que con más frecuencia le ocasiona consumir, siendo 1 la más frecuente y 8 el menos frecuente.**

| Situación que con más frecuencia le ocasiona consumir                                     | Número (1 al 8)<br>1 = más frecuente,<br>8 = menos frecuente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. Emociones desagradables (tristeza, ansiedad, preocupación, entre otras).               |                                                              |
| 2. Por alguna enfermedad                                                                  |                                                              |
| 3. Emociones agradables (felicidad, satisfacción, etc.)                                   |                                                              |
| 4. Necesidad física (síndrome de abstinencia, que su cuerpo necesite la sustancia)        |                                                              |
| 5. Probando autocontrol (ponerse a prueba, sentir que puede controlar y parar su consumo) |                                                              |
| 6. Conflictos con otras personas (pleitos, discusiones)                                   |                                                              |
| 7. Momentos agradables con otras personas (disfrutar de la compañía de personas)          |                                                              |
| 8. Presión social (cuando otras personas lo invitan a consumir)                           |                                                              |

**11.- De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa su consumo de alcohol/drogas durante los últimos 12 meses (marque sólo una opción):**

| Problema                                                                                                  | Alcohol | Drogas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1. Sin problema                                                                                           |         |        |
| 2. Un pequeño problema (estar preocupado/a al respecto, pero no he tenido ninguna consecuencia negativa). |         |        |
| 3. Un problema (he tenido algunas consecuencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).    |         |        |
| 4. Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas serias).                                   |         |        |

### Disposición al cambio



**12. ¿Cuánto es el mayor tiempo que se ha propuesto y ha logrado no consumir alcohol/drogas (mayor periodo de abstinencia). Si nunca se ha abstenido, marque "0"**

---

---

**13. ¿Cuándo ocurrió? mes y año**

---

---

**14- ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión y qué hizo para mantenerse sin consumir?**

---

---

**15. ¿En los últimos 6 meses cuánto tiempo es el mayor periodo que ha tenido sin consumir?**

---

---

**16. ¿Cuándo ocurrió? mes y año**

---

---

**17. ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión y que hizo para mantenerse sin consumir?**

---

---

**18. Actualmente ¿Qué tan importante es para usted dejar de consumir alcohol / drogas?**

\_\_\_\_ (1) Nada importante \_\_\_\_ (2) Poco importante \_\_\_\_ (3) Algo importante \_\_\_\_ (4) Importante \_\_\_\_ (5) Muy importante

**19. En una escala del 1 al 10 (en donde 1 es nada y 10 es mucho), ¿qué tan seguro/a se siente de no consumir alcohol /drogas? \_\_\_\_\_**

**20. En estos momentos, usted piensa que:**

- \_\_\_\_ (1) No es su intención dejar de consumir  
\_\_\_\_ (2) Está indeciso/a de querer dejar de consumir  
\_\_\_\_ (3) Está decidido/a a dejar de consumir  
\_\_\_\_ (4) Ya está haciendo algo para dejar de consumir.

**21. ¿Qué tan dispuesto/a está para recibir el servicio de internamiento?**



\_\_\_\_ (1) Nada dispuesto/a \_\_\_\_ (2) Poco dispuesto/a \_\_\_\_ (3) Algo dispuesto/a \_\_\_\_ (4) Dispuesto/a \_\_\_\_ (5) Muy dispuesto/a

**22. Mencione tres principales razones por las cuales es importante para usted dejar de consumir:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Situación Socio - Familiar**

**23. ¿Quiénes integran su familia (con la que se tiene mayor contacto)?**

\_\_\_\_\_

**24.- A continuación, le voy a mencionar una serie de oraciones que se refieren a aspectos relacionados con su familia, por favor indique qué tan de acuerdo está con lo que cada una de éstas indica:**

|                                                                          | <b>5</b> totalmente de acuerdo | <b>4</b> de acuerdo | <b>3</b> neutral, ni de acuerdo ni en desacuerdo | <b>2</b> en desacuerdo | <b>1</b> totalmente en desacuerdo |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| 1. En mi familia acostumbramos a hacer cosas juntos                      |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 2. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.   |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 3. Mi familia es cálida y me brinda apoyo.                               |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 4. En mi familia es importante para todas/os expresar nuestras opiniones |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 5. El ambiente en mi familia usualmente es desagradable                  |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 6. Mi familia acostumbra a hacer actividades en conjunto.                |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 7. Mi familia me escucha                                                 |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 8. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.            |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 9. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño                  |                                |                     |                                                  |                        |                                   |
| 10. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven                      |                                |                     |                                                  |                        |                                   |



**25.- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún conflicto familiar grave?**

\_\_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_\_ (2) Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**26.- ¿Alguna de las personas que se enlistan a continuación ha consumido alcohol/drogas?**

|                                               | Sí/No | Tipo de sustancia | ¿El consumo de esa sustancia le ha causado problemas? ¿Cuáles? |
|-----------------------------------------------|-------|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. Papá                                       |       |                   |                                                                |
| 2. Mamá                                       |       |                   |                                                                |
| 3. Hermano/a                                  |       |                   |                                                                |
| 4. Pareja                                     |       |                   |                                                                |
| 5. Amistad                                    |       |                   |                                                                |
| 6. Algún familiar que viva con usted<br>_____ |       |                   |                                                                |

**27. Cuándo está con amistades o familia, ¿éstos le presionan a consumir alcohol/drogas?**

\_\_\_\_\_ (1) No  
\_\_\_\_\_ (2) Sí, pero sólo mis amistades  
\_\_\_\_\_ (3) Sí, pero sólo mi familia  
\_\_\_\_\_ (4) Sí, tanto mis amistades como mi familia.

**28.- Entre sus amistades o familiares, ¿Quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol/drogas?**

Las siguientes preguntas únicamente aplican en caso de que la persona sea un/una adolescente (12-17 años). De lo contrario pase a la pregunta #42.

|                                 | Padre | Madre |
|---------------------------------|-------|-------|
| <b>29. ¿Tienes padre/madre?</b> |       |       |
| <b>30. ¿Qué edad tienen?</b>    |       |       |

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>31. ¿Qué escolaridad?</b>  |  |  |
| <b>32. ¿A qué se dedican?</b> |  |  |

**33.- ¿Cómo describes la relación con tus padres?**

\_\_\_ (1) Muy buena \_\_\_ (2) Buena \_\_\_ (3) Regular \_\_\_ (4) Mala \_\_\_ (5) Muy mala

**34.- ¿Cuántos hermanos/as tienes?** \_\_\_\_\_

**35.- ¿Qué lugar ocupas entre éstos?** \_\_\_\_\_

**36.- Cómo describes tu relación con tus hermanos/as?**

\_\_\_ (1) Muy buena \_\_\_ (2) Buena \_\_\_ (3) Regular \_\_\_ (4) Mala \_\_\_ (5) Muy mala

**37.- ¿Qué opinan las siguientes personas de que consumas alcohol/drogas? (Preguntar en relación con la sustancia principal del consumo).**

|                                  | Lo ve bien | Ni bien ni mal | Lo ve mal |
|----------------------------------|------------|----------------|-----------|
| 1. Mi madre o sustituta          |            |                |           |
| 2. Mi padre o sustituto          |            |                |           |
| 3. Mis maestros/as o patrones/as |            |                |           |
| 4. Mis amistades                 |            |                |           |
| 5. Mi pareja                     |            |                |           |
| 6. Mis hermanos/as               |            |                |           |

**38. ¿Cómo es la relación familiar?**

|                                                                                                      | Si 1 | No 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o sustitutos/as, ¿dónde estás y lo que estás haciendo? | 1    | 2    |
| 2. ¿Saben tus padres o sustitos/as cómo realmente piensas o sientes?                                 | 1    | 2    |
| 3. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o sustitutos/as, levantando la voz o gritando?            | 1    | 2    |
| 4. ¿Están tus padres o sustitos/as, de acuerdo en cuanto a la forma en la que te deben dirigir?      | 1    | 2    |

**39. Normas familiares con relación al consumo de alcohol/drogas (preguntar por la sustancia principal)**

|                                                                                          | Si 1 | No 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1. ¿Tus padres saben que tomas alcohol o consumes drogas?                                | 1    | 2    |
| 2. ¿Tus padres te han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de alcohol o drogas? | 1    | 2    |

3. ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca de tomar alcohol o consumir drogas?

1

2

40. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol/drogas? \_\_\_\_ (1) Si  
\_\_\_\_ (2) No

41. ¿Te has involucrado en una situación de abuso físico o sexual a consecuencia de haber consumido alcohol/drogas? \_\_\_\_ (1) Si \_\_\_\_ (2) No

### Tiempo libre

42. ¿Cuánto tiempo le dedica a consumir sustancias y qué actividades ha dejado de hacer por consumir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

43.- ¿Qué actividades de diversión o entretenimiento que usted realiza están relacionadas al consumo de alcohol/drogas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Situación laboral

44.- En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo de alcohol/drogas (de 0 a 365 días)? \_\_\_\_\_

45.- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo como resultado del consumo de alcohol/drogas (de 0 a 365 días)?

\_\_\_\_\_

### Salud mental y física

46. Durante el último mes ¿ha pensado que estaría mejor muerto/a, o ha deseado estar muerto/a?

(1) \_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_ Si

47. En caso afirmativo, durante el último mes ¿ha intentado suicidarse?

(1) \_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_ Si

48. ¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?

(1) \_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_ Si

49. ¿Presenta alguna enfermedad o padecimiento físico y/o mental?

(1) \_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_ Si



**50. ¿Está enfermedad o padecimiento fue derivada del consumo de sustancias? (1) \_\_\_\_\_**

No (2) \_\_\_\_\_ Si

**51. Está siendo atendido/a por algún problema de salud físico o mental en la actualidad (incluyendo algún padecimiento psiquiátrico)?**

(1) \_\_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_\_ Si **¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**52. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto medicando? (1) \_\_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_\_ Si**

**53. ¿Qué tipo de medicamento toma?, ¿cada cuándo? Y ¿cuál es la razón?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**54. En los últimos 12 meses, ¿ha estado internado/a en un hospital)**

(1) \_\_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_\_ Si **¿por qué?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**55. En caso afirmativo, ¿ha sido por problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas? (1) \_\_\_\_\_ No (2) \_\_\_\_\_ Si**

**56. A continuación se enlistan una serie de problemas que pueden estar relacionados con el consumo de alcohol/drogas en los últimos 12 meses, mencione ¿cuáles de ellos le han pasado y qué tanto le afectan?**

| Área                                     | Ejemplos                                                       | Lo ha presentado en el último año<br>0 no, 1 Si | ¿Qué tanto le ha afectado en su vida? 0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 bastante |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Problemas de circulación                 | Alteraciones en el ritmo cardíaco                              |                                                 |                                                                             |
|                                          | Presión arterial (baja o elevada)                              |                                                 |                                                                             |
|                                          | Insuficiencia cardíaca                                         |                                                 |                                                                             |
|                                          | Infarto                                                        |                                                 |                                                                             |
|                                          | Varices esofágicas (se hacen más anchas las venas del esófago) |                                                 |                                                                             |
|                                          | Otro                                                           |                                                 |                                                                             |
| Problemas digestivos                     | Desnutrición                                                   |                                                 |                                                                             |
|                                          | Diabetes                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                          | Gastritis                                                      |                                                 |                                                                             |
|                                          | Hepatitis                                                      |                                                 |                                                                             |
|                                          | Hígado graso                                                   |                                                 |                                                                             |
|                                          | Úlceras                                                        |                                                 |                                                                             |
|                                          | Ácido úrico                                                    |                                                 |                                                                             |
|                                          | Cirrosis                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                          | Pancreatitis                                                   |                                                 |                                                                             |
|                                          | Pérdida del apetito                                            |                                                 |                                                                             |
| Problemas por modificación en el cerebro | Otro:                                                          |                                                 |                                                                             |
|                                          | Alucinaciones                                                  |                                                 |                                                                             |
|                                          | Insomnio                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                          | Lagunas mentales                                               |                                                 |                                                                             |
|                                          | Convulsiones                                                   |                                                 |                                                                             |
|                                          | Delirios                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                          | Problemas visuales                                             |                                                 |                                                                             |
|                                          | Temblor                                                        |                                                 |                                                                             |
|                                          | Incoordinación motora                                          |                                                 |                                                                             |
|                                          | Coma                                                           |                                                 |                                                                             |
|                                          | Golpes                                                         |                                                 |                                                                             |
|                                          | Caídas                                                         |                                                 |                                                                             |
|                                          | Confusión mental                                               |                                                 |                                                                             |
|                                          | Confabulaciones                                                |                                                 |                                                                             |
|                                          | Accidentes                                                     |                                                 |                                                                             |
|                                          | Otro:                                                          |                                                 |                                                                             |

| Área                                                      | Ejemplos                                                                               | Lo ha presentado en el último año<br>0 no, 1 Si | ¿Qué tanto le ha afectado en su vida? 0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 bastante |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Problemas en los huesos                                   | Descalcificación                                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Fracturas                                                                              |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Perdida de dientes                                                                     |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Otra:                                                                                  |                                                 |                                                                             |
| Problemas respiratorios                                   | Enfisema pulmonar obstructiva                                                          |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Tos                                                                                    |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Neumonía                                                                               |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Tuberculosis                                                                           |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Otro                                                                                   |                                                 |                                                                             |
| Problemas en el pensamiento, memoria y toma de decisiones | Ideas confusas (no se entienden las ideas pues combina cosas y personas al expresarse) |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Problemas para poner atención y mantenerla                                             |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Problemas de memoria                                                                   |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Problemas de toma de decisiones                                                        |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Otro                                                                                   |                                                 |                                                                             |
| Problemas para controlar los estados de ánimo             | Ansiedad                                                                               |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Celos                                                                                  |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Culpa                                                                                  |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Depresión                                                                              |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Desesperación                                                                          |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Ideas suicidas                                                                         |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Inseguridad                                                                            |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Intentos suicidas                                                                      |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Irritabilidad                                                                          |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Cambios drásticos del estado de ánimo                                                  |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Temor                                                                                  |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Sentimientos de dañar a otros/as                                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                           | Otro:                                                                                  |                                                 |                                                                             |

| Área                                           | Ejemplos                                       | Lo ha presentado en el último año<br>0 no, 1 Si | ¿Qué tanto le ha afectado en su vida? 0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 bastante |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Problemas en sus relaciones con otras personas | Aislamiento                                    |                                                 |                                                                             |
|                                                | Correrle de casa                               |                                                 |                                                                             |
|                                                | Divorcio                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                | Mentiras                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                | Pérdida de confianza                           |                                                 |                                                                             |
|                                                | Perdida de amistades                           |                                                 |                                                                             |
|                                                | Perdida de comunicación                        |                                                 |                                                                             |
|                                                | Ruptura de relaciones de pareja                |                                                 |                                                                             |
|                                                | Separaciones                                   |                                                 |                                                                             |
|                                                | Vivir fuera de casa                            |                                                 |                                                                             |
|                                                | Otro                                           |                                                 |                                                                             |
| Problemas de conducta                          | Agresión Física                                |                                                 |                                                                             |
|                                                | Riñas, peleas                                  |                                                 |                                                                             |
|                                                | Gritos                                         |                                                 |                                                                             |
|                                                | Lesiones                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                | Golpes que requieran hospitalización           |                                                 |                                                                             |
|                                                | Insultos                                       |                                                 |                                                                             |
|                                                | Romper objetos                                 |                                                 |                                                                             |
|                                                | Otro                                           |                                                 |                                                                             |
| Problemas con la ley                           | Demanda por robo                               |                                                 |                                                                             |
|                                                | Homicidio                                      |                                                 |                                                                             |
|                                                | Intento de homicidio                           |                                                 |                                                                             |
|                                                | Detenciones                                    |                                                 |                                                                             |
|                                                | Encarcelamiento (fecha, duración, causas)      |                                                 |                                                                             |
|                                                | Manejo de armas                                |                                                 |                                                                             |
|                                                | Robo                                           |                                                 |                                                                             |
|                                                | Venta o transportación de sustancias adictivas |                                                 |                                                                             |
|                                                | Otro                                           |                                                 |                                                                             |
| Problemas económicos                           | Deudas                                         |                                                 |                                                                             |
|                                                | Gastos excesivos                               |                                                 |                                                                             |
|                                                | Empeñar                                        |                                                 |                                                                             |
|                                                | Pedir prestado                                 |                                                 |                                                                             |
|                                                | Otro:                                          |                                                 |                                                                             |

| Área                    | Ejemplos                   | Lo ha presentado en el último año<br>0 no, 1 Si | ¿Qué tanto le ha afectado en su vida? 0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 bastante |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Problemas en el trabajo | Accidentes laborales       |                                                 |                                                                             |
|                         | Ausentismo                 |                                                 |                                                                             |
|                         | Cambio de puesto           |                                                 |                                                                             |
|                         | Despido                    |                                                 |                                                                             |
|                         | Desempleo                  |                                                 |                                                                             |
|                         | Problema con compañeros/as |                                                 |                                                                             |
|                         | Problemas con superiores   |                                                 |                                                                             |
|                         | Retardos                   |                                                 |                                                                             |
|                         | Suspensión laboral         |                                                 |                                                                             |
|                         | Suspensión de pago         |                                                 |                                                                             |
|                         | Otro                       |                                                 |                                                                             |
| Problemas escolares     | Expulsiones                |                                                 |                                                                             |
|                         | Inasistencias              |                                                 |                                                                             |
|                         | Reprobar año               |                                                 |                                                                             |
|                         | Reprobar materia           |                                                 |                                                                             |
|                         | Retardo                    |                                                 |                                                                             |
|                         | Otro                       |                                                 |                                                                             |

**57. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol/drogas?**

\_\_\_\_(1) No, nunca. \_\_\_\_ (2) Si

**58. ¿Cuáles y cuántos tratamientos ha recibido?**

| Tipo de Tratamiento                                                                                    | Alcohol | Drogas | ¿Hace cuánto tiempo | ¿Lo concluíste? | En caso negativo ¿Cuáles fueron las razones? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------------------|-----------------|----------------------------------------------|
| Centro de desintoxicación                                                                              |         |        |                     |                 |                                              |
| Tratamiento de consulta externa -ayuda mutua, mixto, profesional, alternativo o religioso-especifique. |         |        |                     |                 |                                              |
| Tratamiento de internamiento (ayuda mutua, mixto, profesional, alternativos o religioso, especifique)  |         |        |                     |                 |                                              |
| Tratamiento médico                                                                                     |         |        |                     |                 |                                              |
| Tratamiento psiquiátrico                                                                               |         |        |                     |                 |                                              |
| Tratamiento psicológico                                                                                |         |        |                     |                 |                                              |
| Otro:                                                                                                  |         |        |                     |                 |                                              |

**59. ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con su forma o estilo de vida en este momento?**

\_\_\_ (1) Muy satisfecho/a \_\_\_ (2) Satisfecho/a \_\_\_ (3) Inseguro/a \_\_\_ (4) Insatisfecho/a \_\_\_  
(5) Muy satisfecho/a

**60. ¿Cuáles son sus metas para el futuro?**

| Área de vida                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Consumo de drogas                                                           |  |
| 2. Salud física (alimentación, ejercicio, descanso)                            |  |
| 3. Trabajo y/o escuela                                                         |  |
| 4. Manejo del dinero                                                           |  |
| 5. Relaciones de pareja                                                        |  |
| 6. Situación legal                                                             |  |
| 7. Vida Emocional                                                              |  |
| 8. Comunicación                                                                |  |
| 9. Social, recreativas (relación con amistades y actividades de esparcimiento) |  |
| 10. General                                                                    |  |

Para uso exclusivo del entrevistador/a:



**61. Problemas presentados durante la sesión (al comunicarse, en su actitud, ideas, comportamiento, estado de ánimo):**

---

---

---

---

---

---

**62. Observaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nombre y firma de quien aplicó la entrevista:**

---

---

**Cargo:**

---

---

## **Anexo 2 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)**

### **PRUEBAS PSICOMÉTRICAS PARA MEDIR EL NIVEL DE RIESGO Y/O DEPENDENCIA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

#### **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)<sup>1</sup>**

##### **Objetivo:**

La prueba es un cuestionario que tiene como propósitos detectar el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalables, sedantes o pastillas para dormir--benzodiazepinas--, alucinógenos, opiáceos y otras drogas), identificar el nivel de riesgo por el consumo de drogas y el tipo de intervención más adecuada para el usuario/a.

##### **Descripción general del instrumento**

El cuestionario consta de ocho preguntas que obtienen información sobre el consumo de drogas que ha tenido alguna vez en la vida, la frecuencia de consumo en los últimos tres meses, el deseo por consumir sustancias, los problemas que se han ocasionado y las actividades no realizadas debido al consumo, la preocupación de personas cercanas e intentos por disminuir o dejar el consumo y el consumo de drogas inyectables.

##### **Procedimiento de aplicación**

Antes de aplicar el cuestionario es necesario que cuente con un ejemplar impreso del mismo, de forma que pueda ir leyendo y haciendo las preguntas correspondientes al usuario/a del servicio.

Comente a la persona que le aplicará un breve cuestionario que tiene como objetivo conocer la situación de su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, identificar los posibles riesgos por el consumo de sustancias, así como la intervención terapéutica que puede serle de mayor utilidad de acuerdo con su situación personal.

Enseguida expresele que para conocer esta información le hará algunas preguntas que debe contestar con toda sinceridad, tal y como le han ocurrido. Al término de la entrevista agradezca la cooperación del usuario/a. La realización del cuestionario lleva aproximadamente de 5 a 10 minutos.

##### **Puntuación:**

El reactivo o pregunta 1 (¿Alguna vez en su vida ha consumido?) no tiene puntaje, pero permite identificar todas las drogas que alguna vez ha consumido el usuario/a y que requieren evaluarse en los siguientes reactivos (del 2 al 7).

En las tablas donde aparecen cada una de las preguntas (de la 2 a la 7) está indicado el puntaje correspondiente, de acuerdo a la respuesta seleccionada para cada sustancia.

El reactivo 8 (¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?) tampoco se puntúa.

### **Recomendaciones de aplicación**

Aplique el instrumento cuando el usuario/a está estable en sus condiciones de salud física y presente ideas claras.

Asegúrese de haber aplicado todas las preguntas con el registro en el cuestionario de sus respectivas respuestas.

Al finalizar el cuestionario exprésele su reconocimiento al usuario/a por el desempeño conveniente que haya mostrado durante la aplicación del mismo, por ejemplo: por el esfuerzo de concentrarse para proporcionar la información solicitada, responder de manera precisa, expresar sus dudas, etcétera.

### **Instrucciones para calificar el instrumento**

Para calcular la **puntuación de riesgo** debido al consumo de cada sustancia considere el siguiente procedimiento:

- 1) Por cada sustancia, que está rotulada como “a” Tabaco, “b” Bebidas alcohólicas hasta la “j” que corresponde a otro tipo de drogas, sume las puntuaciones obtenidas de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni los de la pregunta 8.

Ejemplo una puntuación para “c” Cannabis, se calcularía como sigue:

$\text{Puntaje2c} + \text{Puntaje3c} + \text{Puntaje4c} + \text{Puntaje5c} + \text{Puntaje6c} + \text{Puntaje7c}$

Otro ejemplo, para el caso de un usuario que consume cerveza y ron, las respuestas correspondientes se ubican en los puntajes de “b”= bebidas alcohólicas.

Siguiendo con este ejemplo, si el usuario/a contesto en el reactivo 2 que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 3 meses, 4 veces a la semana, el puntaje que le corresponde es de 6 = “Diario o casi diario.”

Si en el reactivo 3 reporta que ha sentido un fuerte deseo o ansia por consumir bebidas alcohólicas, 3 veces por semana, el puntaje que le corresponde es de 5 = “Semanalmente”.

Si en el reactivo 4 menciona que le ha causado problemas consumir alcohol al menos 1 vez a la semana, el puntaje que le corresponde es 6 = “Semanalmente”. Si en el reactivo 5 menciona que dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de él/ella debido al consumo, al menos 1 vez a la semana, su puntaje será de 7 = “Semanalmente”. Si en el reactivo 6 señala que un familiar sí se preocupó por su consumo, en los últimos 3 meses, su puntaje será de 6 = “Sí, en los últimos tres meses”; si en el reactivo 7 menciona que intentó reducir o eliminar el consumo, pero no en los últimos 3 meses, su puntaje será de 3 = Si, pero no en los últimos tres meses”. Con base a este ejemplo, la sumatoria total es de 33 puntos.

Es importante mencionar que la pregunta 5 para obtener el puntaje total por consumo de tabaco no está codificada, por lo que su puntaje se calcula de la siguiente manera:

Puntaje del reactivo 2 en el inciso a + Puntaje reactivo 3 inciso a + Puntaje reactivo 4 inciso a + Puntaje reactivo 6 inciso a + Puntaje reactivo 7 inciso a.

- 2) Una vez obtenido el puntaje total por cada sustancia, determine el tipo de riesgo del consumo del usuario/a, con base en la siguiente tabla:

| Tipo de riesgo del consumo | Alcohol  | Todas las demás sustancias |
|----------------------------|----------|----------------------------|
| Riesgo bajo                | 0-10     | 0-3                        |
| Riesgo moderado            | 11-26    | 4-26                       |
| Riesgo alto                | 27 o más | 27 o más                   |

**Riesgo bajo:** Los/las usuarios/as que obtuvieron puntuaciones de 0-3 para “Todas las sustancias” o

0-10 para “Alcohol”, tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

**Riesgo moderado:** Los/las usuarios/as que obtuvieron una puntuación de 4-26 para “Todas las sustancias” o de 11-26 para “Alcohol”, aunque quizás presenten

algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los/las usuarios/as que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

**Riesgo alto:** Una puntuación de '27 o más' en cualquier sustancia sugiere que el usuario/a tiene un alto riesgo de dependencia de dicha sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de alcohol y otras drogas. Además, los/las usuarios/as que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses, más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo.

De acuerdo al puntaje obtenido en el ejemplo anterior (33), este usuario se ubica en un riesgo alto por su consumo de alcohol, por lo que su riesgo de tener dependencia es alto, así como la probabilidad de que el consumo le haya ocasionado diversos problemas en su vida (de salud, económicos, en las relaciones personales, etcétera).

Para conocer el **tipo de intervención requerida** anote en la casilla "Registrar puntuación para cada sustancia", el puntaje obtenido en cada una de las sustancias de acuerdo a la situación del usuario/a, y posteriormente ubique cuál es la intervención más adecuada o que requiere la persona conforme a lo que se indica en la siguiente tabla:

|                                     | Registrar la puntuación para cada sustancia | No requiere intervención (consejo breve) | Requiere intervención breve | Requiere tratamiento más intensivo |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| a. Tabaco                           |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| b. Bebidas alcohólicas              |                                             | 0 - 10                                   | 11 - 26                     | 27 +                               |
| c. Cannabis                         |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| d. Cocaína                          |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| e. Estimulantes de tipo             |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| f. Inhalables                       |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| g. Sedantes o pastillas para dormir |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| h. Alucinógenos                     |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| i. Opiáceos                         |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |
| j. Otros (especifique)              |                                             | 0 - 3                                    | 4 - 26                      | 27 +                               |

De acuerdo con el ejemplo que se ha estado utilizando, el usuario/a que consume alcohol debido a su puntaje de 33, le corresponde recibir un Tratamiento más intensivo, como es el caso del tratamiento y rehabilitación otorgados en la modalidad residencial.

## Tarjetas de apoyo durante la aplicación

### TARJETA DE RESPUESTAS | Sustancias

- a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
- b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
- c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
- d Cocaína (coca, crack, etc.)
- e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
- f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
- g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
- h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
- i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
- j Otras, especifique: \_\_\_\_\_

### TARJETA DE RESPUESTAS | Respuestas de frecuencia

#### Respuestas

Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST)

- I **Nunca:** no se ha consumido en los tres últimos meses.
- I **Una o dos veces:** de una a dos veces en los últimos tres meses.
- I **Mensualmente:** promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.
- I **Semanalmente:** de una a cuatro veces a la semana.
- I **Diariamente o casi diariamente:** de cinco a siete veces a la semana.

#### Frecuencia

A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST)

- I **No, nunca.**
- I **Sí, pero no en los últimos tres meses.**
- I **Sí, en los últimos tres meses.**

<sup>1</sup>organización Mundial de la Salud, 2011.

## Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Es probable que algunas de estas sustancias puedan haber sido recetadas por el médico (como en el caso de las anfetaminas, los sedantes y los analgésicos), por lo que en este cuestionario no se registrarán los medicamentos que fueron recetados por él. Sin embargo, si ha tomado tales medicamentos por otras razones que no sean por motivos de salud o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo por favor.

### PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

|                                                                                           |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                     | No | Si |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                     | No | Si |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)                                        | No | Si |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                             | No | Si |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                     | No | Si |
| f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)            | No | Si |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | No | Si |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                      | No | Si |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                      | No | Si |
| j Otras, especifique: _____                                                               | No | Si |

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte:  
"¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

**PREGUNTA 2 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?**

|                                                                                           | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                     | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                     | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)                                        | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                             | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                     | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)            | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                      | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                      | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |
| j Otras, especifique: _____                                                               | 0     | 2               | 3            | 4            | 6                              |

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

**PREGUNTA 3 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?**

|                                                                                           | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                     | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                     | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)                                        | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                             | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                     | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)            | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                      | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                      | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |
| j Otras, especifique: _____                                                               | 0     | 3               | 4            | 5            | 6                              |

| <b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b> | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                                                                                                                   | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                                                                                                                   | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)                                                                                                                                      | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                                                                                                           | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                                                                                                                   | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)                                                                                                          | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)                                                                                               | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                                                                                                                    | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                                                                                                                    | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| j Otras, especifique: _____                                                                                                                                                             | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |

| <b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b> | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                                                                                                              |       |                 |              |              |                                |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                                                                                                              | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)                                                                                                                                 | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                                                                                                      | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                                                                                                              | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)                                                                                                     | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)                                                                                          | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                                                                                                               | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                                                                                                               | 0     | 5               | 6            | 7            | 8                              |
| j Otras, especifique: _____                                                                                                                                                        | 0     | 4               | 5            | 6            | 7                              |
| Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).                                                                 |       |                 |              |              |                                |

**PREGUNTA 6 | ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?**

|                                                                                                                    | No, nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)                                                                 | 0         | 6                          | 3                                  |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                                      | 0         | 6                          | 3                                  |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)                                     | 0         | 6                          | 3                                  |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)                          | 0         | 6                          | 3                                  |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                                               | 0         | 6                          | 3                                  |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                                               | 0         | 6                          | 3                                  |
| j Otras, especifique: _____                                                                                        | 0         | 6                          | 3                                  |
| Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1). |           |                            |                                    |

**PREGUNTA 7 | ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?**

|                                                                                                                    | No, nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)                                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)                                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)                                                                 | 0         | 6                          | 3                                  |
| d Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                                      | 0         | 6                          | 3                                  |
| e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)                                              | 0         | 6                          | 3                                  |
| f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)                                     | 0         | 6                          | 3                                  |
| g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)                          | 0         | 6                          | 3                                  |
| h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)                                                               | 0         | 6                          | 3                                  |
| i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)                                               | 0         | 6                          | 3                                  |
| j Otras, especifique: _____                                                                                        | 0         | 6                          | 3                                  |
| Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1). |           |                            |                                    |

**PREGUNTA 8 I** ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)

(Marque la casilla correspondiente)

No, nunca

Sí, en los últimos 3 meses

Sí, pero no en los últimos 3 meses

### NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este periodo para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

### Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

### Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

## Anexo 3 Inventario síntomas de ansiedad (BECK)

### Inventario Síntomas de Ansiedad (BECK)

#### Objetivo

Es un inventario que evalúa síntomas de ansiedad y permite determinar el tipo de tratamiento que requiere el usuario/a. El inventario permite que, una vez identificados los diferentes síntomas de ansiedad, se generen estrategias de atención específicas para disminuirlos, fomentar tranquilidad y un estado de ánimo positivo en la persona, contribuyendo con ello a mejorar su salud física y mental, a optimizar su rendimiento en diferentes áreas de su vida y a mantener la abstinencia del consumo de alcohol y otras drogas, aún ante episodios de ansiedad elevada.

#### Descripción general del instrumento

El inventario consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que evalúan síntomas de ansiedad. Estas opciones indican la intensidad con la que los síntomas se le han presentado al usuario/a. El tiempo de aplicación del inventario varía de entre cinco a diez minutos.

#### Procedimiento de aplicación

Entregue al usuario/a un ejemplar impreso del inventario, pídale que lea con atención cada reactivo y que marque con un tache una de las opciones que mejor represente su situación, ya sea durante la semana pasada o inclusive en el día de la aplicación. Las opciones para indicar la intensidad de los síntomas de ansiedad son: “Poco o nada”, “Más o menos”, “Moderadamente” y “Severamente”.

Invite al usuario/a a responder con la mayor sinceridad posible. Asegúrese que el inventario incluya los datos del usuario/a (nombre, fecha y número de expediente).

Puntuación:

El puntaje asignado a cada opción de respuesta y que representa la intensidad en que se presenta el síntoma de ansiedad es el siguiente:

| Opción de respuesta | Puntos |
|---------------------|--------|
| Poco o nada         | 0      |
| Más o menos         | 1      |
| Moderadamente       | 2      |
| Severamente         | 3      |

Por ejemplo, los puntajes obtenidos de un/a usuario/a para el reactivo 1 “Entumecimiento, hormigueo de una o varias partes de su cuerpo” donde eligió la opción “Poco o nada” = 0 puntos, para el reactivo 2 “Sentir oleadas de calor”, donde eligió la opción “Más o menos” representa cierta intensidad = 1 punto; el reactivo 4 “Dificultad para relajarse”, donde eligió la opción “moderadamente” = 2 puntos, etc.

De acuerdo con la opción de respuesta elegida, se hace la sumatoria de los puntajes correspondientes a cada uno de los 21 reactivos para obtener el puntaje total.

### Instrucciones para calificar el instrumento

El inventario se califica sumando los puntajes asignados de las opciones de respuesta (que representan la intensidad con la que cada uno de los síntomas se presentan) para la totalidad de los 21 reactivos.

Una vez obtenido el puntaje total, se identifica el nivel de ansiedad correspondiente de acuerdo con la siguiente tabla:

| NIVEL DE ANSIEDAD | PUNTAJE |
|-------------------|---------|
| Mínima            | 0 – 5   |
| Leve              | 6 – 15  |
| Moderada          | 16 – 30 |
| Severa            | 31 - 63 |

A partir de un nivel de ansiedad “Moderado” (punta de 16 – 30), es necesario referir al usuario/a a valoración psiquiátrica.

Ejemplo. Si un/a usuario/a obtuvo 23 puntos, su nivel de ansiedad es “Moderada”; por lo que se sugiere que reciba atención psiquiátrica para valorar comorbilidad y además que haya contra referencia para llevar el control y seguimiento del caso en el tratamiento residencial para el consumo de alcohol y otras drogas.

<sup>1</sup>Beck, Steer, & Garbin, (1988).



## Inventario Síntomas de Ansiedad (BECK)

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante **la última semana, inclusive hoy**, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

| Reactivo                                                         | Poco o nada | Más o menos | Moderadamente | Severamente |
|------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. Entumecimiento, hormigueo de una o varias partes de su cuerpo |             |             |               |             |
| 2. Sentir oleadas de calor (bochorno)                            |             |             |               |             |
| 3. Debilitamiento de las piernas                                 |             |             |               |             |
| 4. Dificultad para relajarse                                     |             |             |               |             |
| 5. Miedo a que pase lo peor                                      |             |             |               |             |
| 6. Sensación de mareo                                            |             |             |               |             |
| 7. Opresión en el pecho o latidos acelerados                     |             |             |               |             |
| 8. Inseguridad                                                   |             |             |               |             |
| 9. Terror                                                        |             |             |               |             |
| 10. Nerviosismo                                                  |             |             |               |             |
| 11. Sensación de ahogo                                           |             |             |               |             |
| 12. Manos temblorosas                                            |             |             |               |             |
| 13. Cuerpo tembloroso                                            |             |             |               |             |
| 14. Miedo a perder el control                                    |             |             |               |             |
| 15. Dificultad para respirar                                     |             |             |               |             |
| 16. Miedo a morir                                                |             |             |               |             |
| 17. Asustado                                                     |             |             |               |             |
| 18. Indigestión o malestar estomacal                             |             |             |               |             |
| 19. Debilidad                                                    |             |             |               |             |
| 20. Ruborizarse                                                  |             |             |               |             |
| 21. Sudoración (no debida al calor)                              |             |             |               |             |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Puntaje obtenido: \_\_\_\_\_ Nivel de ansiedad: \_\_\_\_\_

## Anexo 4 Inventario de síntomas de depresión (Beck)

### Inventario Síntomas de Depresión (Beck)\*

#### Objetivo

Es un inventario que tiene como objetivo evaluar posibles síntomas de depresión y con ello poder determinar la necesidad de valoración y atención especializada en salud mental para el usuario/a, o bien la posibilidad de trabajar con él/ella para atender y disminuir dichos síntomas que le permitan mejorar su estado de ánimo, estar en condiciones emocionales óptimas y que pueda mostrar un mejor desempeño en su proceso de tratamiento y rehabilitación.

#### Descripción general del instrumento

Este inventario consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de depresión, los cuales se presentan en grupos de cuatro afirmaciones, que van de menor a mayor intensidad de sentimientos depresivos (0, 1, 2 y 3). El tiempo aproximado de aplicación es de 15 minutos.

#### Procedimiento de aplicación

Entregue al usuario/a un ejemplar de la prueba, pídale que lea con atención cada afirmación y que encierre en un círculo la opción de respuesta que mejor describa la manera en cómo se sintió la semana pasada o el día presente, con respecto a sus sentimientos depresivos.

Aclare al usuario/a que solo deberá elegir una opción por cada grupo de afirmaciones. Invítele a responder con la mayor sinceridad posible.

Asegúrese que la prueba incluya los datos del usuario/a (nombre, fecha y número de expediente).

#### Puntuación

El número asignado a la afirmación seleccionada en cada grupo de afirmaciones corresponde al puntaje de ese reactivo.

Ejemplo. El puntaje que obtendría una persona que selecciona en el reactivo 1 “Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo” será de 2 puntos, ya que ese es el número asignado; si elige en el reactivo 2 la opción “No siento que me estén castigando” le corresponderán 0 puntos; si en el reactivo 3 selecciona la opción “Siento que no tengo nada que esperar del futuro”, su valor será de 2 puntos.

## Instrucciones para calificar

El inventario se califica sumando los puntajes asignados a las opciones de respuesta elegidas, en cada uno de los grupos de afirmaciones (21 reactivos). Una vez que se obtiene el puntaje total, se identifica el nivel de depresión correspondiente, de acuerdo a los rangos que se indican en la siguiente tabla:

| NIVEL DE DEPRESIÓN | PUNTAJE |
|--------------------|---------|
| Mínima             | 0 – 9   |
| Leve               | 10 – 16 |
| Moderada           | 17 – 29 |
| Severa             | 30 - 63 |

Si el usuario/a selecciona en el reactivo 8 alguna de las opciones: “Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo”, “Me gustaría suicidarme” o “Me suicidaría si tuviera la oportunidad”, es importante resaltarlos en el resultado de la prueba, junto con el nivel de depresión que obtuvo (de acuerdo a la tabla anterior).

A partir de un nivel de depresión “Moderada” o cuando el usuario/a reporte tener o haber tenido pensamientos de querer suicidarse, es necesario referirlo/la al servicio de psiquiatría para que reciba una valoración clínica más completa.

Ejemplo, si el usuario/a obtuvo 33 puntos, que corresponde al nivel de depresión “Severa” y además mencionó que le gustaría suicidarse, lo que se tiene que hacer es referirlo con el especialista para que reciba atención psiquiátrica, quien además valorará posible comorbilidad o patología dual.

Asimismo, tal usuario/a además de recibir tratamiento psiquiátrico deberá ser contra referido al establecimiento residencial para que reciba tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas.

\*Beck, Steer & Garbin (1988)

## Inventario Síntomas de Depresión (BECK/BDI)

**Nombre del usuario/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario se encuentran 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y escoja la oración que mejor describa la manera en que se sintió la semana pasada o inclusive el día de hoy. Para ello, encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

| No.      | Oración                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | 0.No me siento triste<br>1. Me siento triste<br>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo<br>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo                                                                |
| <b>2</b> | 0. No siento que me estén castigando<br>1. Siento que me podrían castigar<br>2. Creo que me van a castigar<br>3. Siento que se me ha castigado                                                                                 |
| <b>3</b> | 0. En general tengo esperanzas en mi futuro<br>1. Me siento sin esperanzas por mi futuro<br>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro<br>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar |
| <b>4</b> | 0. No estoy desilusionado/a de mí mismo/a<br>1. Estoy desilusionado/a de mí mismo/a<br>2. Estoy disgustado/a conmigo mismo/a<br>3. Me odio                                                                                     |
| <b>5</b> | 0. No me siento como un fracasado/a<br>1. Siento que he fracasado más que las personas en general<br>2.Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos<br>3.Siento que soy un completo fracaso como persona   |
| <b>6</b> | 0. No siento que sea peor que otras personas<br>1. Me critico a mí mismo/a por mis debilidades o errores<br>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas<br>3. Me culpo por todo lo malo que sucede                               |

|           |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b>  | <p>0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía tenerla antes</p> <p>1. No disfruto de las cosas como antes</p> <p>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3. Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo</p>      |
| <b>8</b>  | <p>0. No tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera oportunidad</p>                                               |
| <b>9</b>  | <p>0. No me siento culpable</p> <p>1. Me siento culpable gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento culpable casi todo el tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>                                                           |
| <b>10</b> | <p>0. No lloro más de lo normal</p> <p>1. Lloro más que antes</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que tengo ganas</p>                                        |
| <b>11</b> | <p>0. No me siento irritable</p> <p>1. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo</p> <p>3. Ya no me irrito por las cosas por las que me irritaba</p>                                      |
| <b>12</b> | <p>0. Mi apetito es igual que siempre</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como antes</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora</p> <p>3. No tengo nada de apetito</p>                                                                      |
| <b>13</b> | <p>0. No he perdido interés en la gente</p> <p>1. Estoy menos interesado en la gente que antes</p> <p>2. He perdido mucho interés en la gente</p> <p>3. He perdido todo el interés en la gente</p>                                        |
| <b>14</b> | <p>0. No he perdido mucho peso últimamente</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos</p> <p>2. He perdido más de 5 kilos</p> <p>3. He perdido más de 8 kilos</p> <p>¿Estoy tratando de perder peso comiendo menos?</p> <p>Sí _____ No _____</p> |
| <b>15</b> | <p>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <p>1. Dejo para después varias decisiones que necesito tomar</p> <p>2. Ahora se me hace más difícil tomar decisiones</p> <p>3. No puedo tomar decisiones</p>                  |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>16</b> | <p>0. No estoy más preocupado/a por mi salud que antes</p> <p>1. Estoy preocupado/a por mis problemas de salud física como dolores, malestar estomacal o dificultad para respirar</p> <p>2. Estoy preocupado/a por problemas de mi salud física y se me hace difícil pensar en algo más</p> <p>3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud física que no puedo pensar en nada más</p> |
| <b>17</b> | <p>0. No siento que me vea peor de cómo me veía antes</p> <p>1. Estoy preocupado/a por verme viejo/a o poco atractivo/a</p> <p>2. Siento que hay cambios definitivos en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a</p> <p>3. Creo que me veo feo/a</p>                                                                                                                                    |
| <b>18</b> | <p>0. Tengo el mismo interés que siempre he tenido en el sexo</p> <p>1. Tengo menos interés en el sexo que antes</p> <p>2. Ahora tengo mucho menos interés en el sexo</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>                                                                                                                                                            |
| <b>19</b> | <p>0. Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p>1. Necesito esforzarme más para empezar a hacer algo</p> <p>2. Me tengo que obligar para hacer algo</p> <p>3. No puedo hacer ningún trabajo</p>                                                                                                                                                                                                |
| <b>20</b> | <p>0. Puedo dormir tan bien como antes</p> <p>1. Ya no duermo tan bien como antes</p> <p>2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</p> <p>3. Me despierto muchas horas antes de lo de costumbre, y no puedo volverme a dormir</p>                                                                                                        |
| <b>21</b> | <p>0. No me canso más de lo de costumbre</p> <p>1. Me canso más fácilmente que antes</p> <p>2. Con cualquier cosa que haga me canso</p> <p>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>                                                                                                                                                                                                  |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Puntaje obtenido: \_\_\_\_\_

Nivel de molestia: \_\_\_\_\_

## Anexo 5 Síntomas de Psicosis: SCL-90R

### Síntomas de Psicosis: SCL-90R

#### Objetivo

Esta prueba es una lista de síntomas de psicosis que tiene como propósito identificar experiencias que pueden mostrar posibles alteraciones mentales o afectivas, en las que se encuentra afectado el razonamiento, el comportamiento o la facultad de reconocer la realidad, es decir, que ésta se encuentra distorsionada. Un ejemplo de estas alteraciones mentales son las alucinaciones en las que la persona puede escuchar, sentir o ver cosas que no existen en la realidad.

#### Descripción general del instrumento:

Esta lista de síntomas de psicosis forma parte de un instrumento más amplio llamado Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) que proporciona información en relación a nueve dimensiones de alteraciones mentales. Sin embargo, las 17 frases que esta prueba incluye únicamente evalúan la dimensión relacionada con ideas paranoides (en las que la persona tiene una creencia falsa de que otras personas actúan en su contra y quieren perjudicarla) y síntomas de psicosis (que se caracterizan por la pérdida o alteración del contacto con la realidad e incluye ideas fijas con creencias distorsionadas y alucinaciones). El tiempo promedio de aplicación es de entre 5 a 10 minutos para responder la prueba.

#### Procedimiento de aplicación:

Tenga a la mano un ejemplar de la prueba y entregue al usuario/a para que lo responda; indíquele que lea con detenimiento la lista de frases que se muestran tratando de identificar si cada una de las situaciones señaladas le han ocurrido y qué tanto le afectaron, para lo cual tendrá que marcar la opción de respuesta que él/ella considere. Asegúrese que la prueba incluya los datos del usuario/a (nombre, fecha y número de expediente).

**Puntuación:**

Las opciones de respuesta tienen la siguiente puntuación: Nada 0 puntos; Muy Poco 1 punto; Poco 2 puntos; Bastante 3 puntos y Mucho 4 puntos.

**Instrucciones para calificar el instrumento:**

Para calificar la prueba realice lo siguiente: 1) sume las puntuaciones (0, 1, 2, 3 y 4 puntos) de cada una de las 17 frases dependiendo de la opción de respuesta elegida por el usuario/a y obtenga el puntaje total, 2) utilice la tabla que se muestra a continuación para identificar los síntomas de psicosis del usuario/a de acuerdo al puntaje total, los cuales pueden representar una molestia leve (de 0 a 18 puntos); mínima (de 19 a 36 puntos), moderada (de 37 a 54 puntos) o severa (de 55 a 72 puntos).

| Puntaje | Nivel de |
|---------|----------|
| 55 – 72 | Severa   |
| 37 – 54 | Moderada |
| 19 – 36 | Mínima   |
| 0 - 18  | Leve     |

Ejemplo: Si un usuario/a contesta en el reactivo 2 que le afecta “Mucho” que le vigilen o hablen de él (se le asignan 4 puntos, que son correspondientes a esta opción de respuesta); si en el reactivo 6 marca que le molesta “Bastante” que controlen sus pensamientos (se le asignan 3 puntos, que corresponden a la opción de respuesta “Bastante”) y así sucesivamente. De acuerdo con el puntaje correspondiente a cada una de las opciones elegidas por el usuario/a, se obtiene el puntaje total. Si en este ejemplo se obtuvo un total de 30 puntos, le corresponde un nivel de molestia “Mínima” por síntomas de psicosis.

Un puntaje a partir de 37 puntos y/o la presencia de los síntomas correspondientes a las frases en negritas: 6, 7, 8, 12 y 16, que tienen asignada una puntuación de Poco (2 puntos), Bastante (3 puntos) o Mucho (4 puntos) sugieren la necesidad de referir

al usuario/a a una valoración psiquiátrica para que el especialista determine si presenta el diagnóstico de psicosis.

De acuerdo con el ejemplo anterior, si la persona obtuvo nivel de molestia “Mínimo” (ubicado en el rango de entre 19 – 36 puntos), pero contestó que le molesta “Bastante” (3 puntos) escuchar voces que otros no pueden oír (reactivo 7), debe tomarse la decisión de referir a valoración del psiquiatra para descartar cuadro de diagnóstico de psicosis.

### **Recomendaciones:**

Aplice la prueba cuando el usuario está en condiciones estables de funcionamiento en su salud física. Asegúrese que al usuario/a comprende las frases que se incluyen en la prueba, de forma que pueda responder con la mayor claridad posible. Aclare cualquier duda que pudiera tener. En caso de que el usuario/a no sepa leer, lea usted despacio cada una de las frases, pero procure no observar sus respuestas para darle confianza y evitar que pudiera sentirse juzgado/a o discriminado/a por sus respuestas.

Si el usuario/a le comenta que en las últimas semanas no ha tenido las molestias que señala la prueba, pero que sí se le presentaron con anterioridad y le hicieron sentirse mal o alterado (sobre todo las molestias de las frases que están marcadas en negritas), es conveniente referirlo/a a valoración psiquiátrica.

Cuide sus gestos, mirada y su entonación para evitar provocar respuestas de molestia o violentas en los/las usuarios/as, quienes pueden sentirse amenazados/as. Realice la aplicación de la prueba en un lugar en el que tenga disponibilidad de alejarse y acompañese de otro personal del establecimiento para evitar riesgos.

**INSTRUCCIONES:** A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta: NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número del expediente:** \_\_\_\_\_

| LISTA DE FRASES                                                                | NADA | MUY POCO | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|----------|------|----------|-------|
| 1. Perder la confianza en la mayoría de las personas                           |      |          |      |          |       |
| 2. Sentir que me vigilan o que hablan de mí                                    |      |          |      |          |       |
| 3. Tener ideas o pensamientos que los demás no entienden                       |      |          |      |          |       |
| 4. Sentir que los demás no me valoran como merezco                             |      |          |      |          |       |
| 5. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo                                  |      |          |      |          |       |
| <b>6. Sentir que alguien puede controlar mis pensamientos.</b>                 |      |          |      |          |       |
| <b>7. Escuchar voces que otras personas no pueden oír</b>                      |      |          |      |          |       |
| <b>8. Creer que la gente sabe qué estoy pensando</b>                           |      |          |      |          |       |
| 9. Tener ideas o pensamientos que no son los míos                              |      |          |      |          |       |
| 10. Sentirme solo/a aun estando con gente                                      |      |          |      |          |       |
| 11. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan                                 |      |          |      |          |       |
| <b>12. Ver cosas que otros no pueden ver</b>                                   |      |          |      |          |       |
| 13. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados                            |      |          |      |          |       |
| 14. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo                                      |      |          |      |          |       |
| 15. Sentirme alejado/a de las demás personas                                   |      |          |      |          |       |
| <b>16. Sentir algo caminando o moviéndose en mi cuerpo que no se pueda ver</b> |      |          |      |          |       |
| 17. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien                      |      |          |      |          |       |

Nombre, firma y cargo de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo 6 Reporte individual de valoración

### Reporte Individual de Valoración

Fecha de elaboración del reporte:

Nombre del usuario/a:

Número de expediente:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Motivo de consulta:

| Instrumento                    | Reporte áreas de mejora y puntaje                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Entrevista inicial             | <b>Principal Droga de Consumo:</b>                                |
|                                | <b>Poliusuario:</b> Si ( ) No ( )                                 |
|                                | <b>Cantidad Promedio de Consumo por Ocasión:</b>                  |
|                                | <b>Tiempo de Consumir la Droga Principal:</b>                     |
|                                | <b>Señale 3 principales razones de consumo:</b>                   |
|                                | <b>Indique 3 razones por las cuales quiere dejar de consumir:</b> |
| Síntomas de Psicosis (SCL-90R) | <b>Problemas que le ha ocasionado el consumo:</b>                 |
|                                | Problemas físicos:                                                |
|                                | Emocionales:                                                      |
|                                | Relaciones con otros:                                             |
|                                | Familiares y de pareja:                                           |
|                                | Laboral:                                                          |
|                                | Legal:                                                            |
|                                | Económicos:                                                       |
| Sociales:                      |                                                                   |
| Síntomas de Psicosis (SCL-90R) | Puntaje:                                                          |

|                                                                           |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           | <p>Molestia: Leve Mínima Moderada Severa</p> <p>Indicadores de alucinaciones:<br/>SI referentes a:_____</p> <p>NO</p> |
| <p>Detección de Riesgo y Tipo de Intervención para el consumo ASSIST:</p> | <p>Puntaje:</p> <p>Nivel de Riesgo:</p> <p>Tipo de Tratamiento:</p>                                                   |
| <p>Inventario Síntomas de Ansiedad (Beck):</p>                            | <p><b>___Puntos (Ansiedad:___)</b></p> <p>Mínima</p> <p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> <p><b>Síntomas</b></p> |
| <p>3. Áreas de insatisfacción en su vida cotidiana</p>                    |                                                                                                                       |

Observaciones del personal de consejería con relación a la valoración médica:

Observaciones del personal de consejería con relación a la valoración psiquiátrica:

Observaciones del personal de consejería con relación a la valoración psicológica:

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero/a

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor/a



## Anexo 7. Hoja de Ingreso

### Hoja de Ingreso

**Fecha y hora de ingreso:** \_\_\_\_\_

**No. de expediente:** \_\_\_\_\_

#### 1. Datos del usuario/a

Nombre completo del usuario/a: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuántos ingresos previos ha tenido el establecimiento? \_\_\_\_\_

Fecha(s): \_\_\_\_\_

¿Lo refiere alguna institución? ( ) Sí ( ) No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Presenta hoja de referencia? ( ) Sí ( ) No

Tipo de ingreso actual: ( ) Voluntario ( ) Involuntario ( ) Obligatorio ( )

Motivo de consulta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción breve del estado de salud en general del  
usuario/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Datos del familiar o representante legal

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Teléfono(s): \_\_\_\_\_

### 3. Criterios de inclusión al tratamiento:

INCLUSIÓN DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO POR EJEMPLO:

- a) El usuario/a es hombre----- SI NO
  - b) El usuario/a es mayor de edad -----SI NO
  - c) El usuario/a presenta un nivel de dependencia al alcohol o drogas--SI NO
  - d) El usuario/a presenta alguna(s) consecuencias asociadas al consumo-----  
----- SI NO
  - e) El usuario/a no presenta algún trastorno mental o psiquiátrico que le impida beneficiarse del tratamiento----- SI NO
- ¿El usuario/a cumple con todos los criterios de admisión al tratamiento-----  
-----SI NO

En caso de no haber cumplido los criterios, indicar el lugar al que será referido/a:

\_\_\_\_\_

Nombre de quien entrevista: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
usuario/a

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
familiar/representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
director/a



## Anexo 8. Consentimiento informado adultos/as

### Consentimiento informado adultos/as

No. de expediente: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Por parte del usuario/a:

Por medio de la presente, yo: \*AGREGAR NOMBRE DEL USUARIO/A, de sexo: \*AGREGAR SU SEXO, con \*AGREGAR SU EDAD años de edad, declaro haber sido informado/a que el establecimiento: \*AGREGAR NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, ubicado en: \*AGREGAR DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO, ofrece un tratamiento residencial por un tiempo de: \*AGREGAR DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, que tiene la finalidad de brindar atención para mi consumo de alcohol y/o drogas. Dicho tratamiento se basa en un modelo de tratamiento: \*AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL, MIXTO O DE AYUDA MUTUA), cuyo objetivo consiste en: \*AGREGAR UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante todo el proceso de tratamiento, lo que implica proporcionar información veraz y fidedigna al momento de la evaluación, realizar las actividades asignadas por personal en consejería, medicina, psicología, trabajo social y demás profesional de la salud, cumplir los puntos que establece el reglamento interno respecto a mi comportamiento y asistir a las sesiones de seguimiento una vez terminado el tratamiento, todo ello en beneficio de lograr mi abstinencia y facilitar mi recuperación. Acepto de que en caso necesario y al no obtener los resultados esperados, se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención.

Tengo conocimiento de que la relación de mi persona con el personal del establecimiento será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado/a respecto a las características del tratamiento, los procedimientos, \_\_\_\_\_ (médicos, terapéuticos, rehabilitatorios o paliativos) los riesgos que implica, así como los beneficios esperados, y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.

#### Por parte del establecimiento

El establecimiento: \*AGREGAR NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, se compromete a brindar un servicio de atención de calidad que facilite la recuperación y la reinserción del usuario/a a una vida productiva, garantizando en todo momento el respeto a su integridad y haciendo valer sus derechos humanos. Por ello, en el caso de que el usuario/a desee suspender el tratamiento antes de que éste finalice, **el centro se compromete a no mantenerlo de forma involuntaria y a brindarle la información y la orientación necesaria para continuar si así lo desea su proceso de rehabilitación en otra instancia.**

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el usuario/a es de carácter confidencial y sólo tendrán acceso a ésta el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso terapéutico, por lo que no se revelará a ninguna otra persona, si no es bajo el consentimiento escrito del usuario/a, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias. Así mismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y sin previo consentimiento escrito por parte del usuario/a.

En el caso de que el usuario/a presente una condición médica previa al ingreso, el establecimiento dará continuidad al tratamiento médico o farmacológico, suministrando los medicamentos en las dosis y horarios indicados, siempre y cuando estos sean proporcionados por: \*DESCRIBIR LA POLITICA QUE EL ESTABLECIMIENTO APLICARÁ PARA PROPORCIONAR MEDICAMENTOS A LOS USUARIOS/AS, existan los estudios y recetas avaladas por personal médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que el usuario/a requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le informará al respecto y se avisará a los familiares. En el caso de que el usuario/a requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a su familia responsable y se trasladará a algún hospital del segundo nivel de atención.

Por otro lado, el establecimiento se exime de toda responsabilidad por los actos en contra de la ley en que el usuario/a se haya visto involucrado, previo y posterior al tratamiento.

En el caso de que el usuario/a o su familiar responsable presenten alguna duda respecto al proceso de rehabilitación o a cualquier otro asunto relacionado con el mismo, el establecimiento se compromete a aclararla y a proporcionar información relativa al estado de salud del usuario/a y evolución del tratamiento, con una periodicidad de: \*ESTABLECER PERÍODOS EN LOS QUE SE BRINDARÁ DICHA INFORMACIÓN.

Finalmente, el establecimiento se compromete a proporcionar y a dar lectura del reglamento interno del establecimiento al usuario/a, familiar y/o responsable legal.



Siendo las \*AGREGAR LA HORA, hrs. del \*AGREGAR EL DÍA de \*AGREGAR EL MES del \*AGREGAR EL AÑO, en \*AGREGAR LUGAR y habiendo sido informado/a y aceptando los compromisos anteriormente expuestos y , firman el presente consentimiento:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario/a

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del familiar

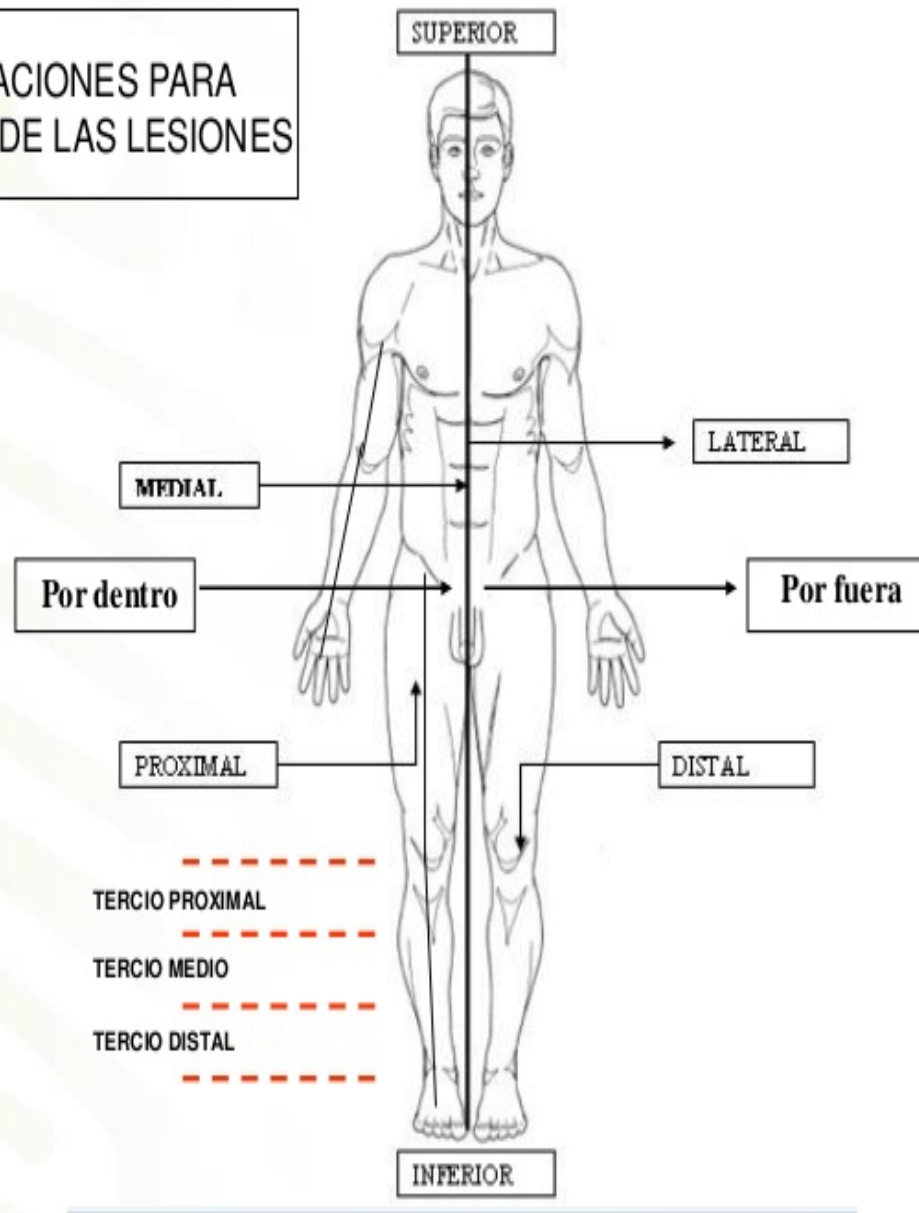
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del director/a

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo 2



## CONSIDERACIONES PARA LA UBICACIÓN DE LAS LESIONES





## Anexo 10. Historia Clínica

### Historia Clínica

|                                                                                              |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Fecha y hora                                                                                 |       |       |
| No. de Expediente:                                                                           |       |       |
| Nombre del/a paciente:                                                                       | Edad: | Sexo: |
| <b>1. Padecimiento actual:</b>                                                               |       |       |
| ¿Estás siendo atendido/a por algún problema de salud en la actualidad? ¿Cuál?                |       |       |
| ¿Estás tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto medicando?<br>¿Cuál? |       |       |
| Factores desencadenantes:                                                                    |       |       |
| Evolución:                                                                                   |       |       |
| Estado Actual (Incluir datos de patrón de consumo, abstinencia)                              |       |       |

## 2. Antecedentes:

| 2.1 Heredofamiliares                                   |         | Enfermedades crónicas degenerativas | Infecciones contagiosas | Alérgicas | Eventos Traumáticos | Consumo de sustancias y/o problemas de salud | Otras Enfermedades mentales | Causas de Defunción |
|--------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------------------|-----------|---------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Padres                                                 |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Hermanos/as                                            |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Cónyuge                                                |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Hijos/as                                               |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Colaterales                                            |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Convivientes                                           |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| 2.2 Personales no patológicos                          |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Estatus socioeconómico                                 |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Habitación                                             |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Higiene                                                |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Alimentación                                           |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Inmunizaciones                                         |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| 2.3 Personales patológicos:                            |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Fiebre eruptiva                                        |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Cuadros infecciosos y parasitarios                     |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Ictéricos                                              |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Hormonales                                             |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Epilepsia                                              |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Alérgicos                                              |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Quirúrgicos                                            |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Traumáticos                                            |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Transfusionales                                        |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Ginecoobstétricos                                      |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Consumo de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| Femenino                                               | Menarca | Ciclos                              | FUM                     | IVSA      | Parejas Sexuales    | Fecha último evento obstétrico               |                             |                     |
|                                                        |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| G                                                      |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| P                                                      |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| A                                                      |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| C                                                      |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
| 2.4 Alto Riesgo                                        |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |
|                                                        |         |                                     |                         |           |                     |                                              |                             |                     |

|                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2.5 Psicobiografía</b>                                                            |  |
| Embarazo, parto y desarrollo psicomotor                                              |  |
| Núcleo familiar, personalidad de padres y hermanos; y relación.                      |  |
| Escolaridad, grado máximo de estudios, rendimiento escolar                           |  |
| Vida laboral, inicio, motivos, progreso, sedimentación, gratificaciones              |  |
| Vida sexual, grado de información, experiencias, hábitos, masturbación, preferencia. |  |
| Vida de pareja, matrimonio, personalidad del cónyuge e hijos/as.                     |  |
| Vida social: intereses recreativos, artísticos, deportivos, culturales y religiosos  |  |
| Legales, conflictos, antecedentes penales                                            |  |
| Familiares con drogadicción o alcoholismo Parentesco, sustancia y conflictos.        |  |
| En el último año ¿en cuántas ocasiones estuvo                                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|
| en hospital por esa causa?                                                                                                                                                                                      |                                           |              |
| Describa la condición en la que llegó y qué medidas en el hospital                                                                                                                                              |                                           |              |
| <b>3. Interrogatorio por aparatos y sistemas</b> (cardiovascular, respiratorio, digestivo, endócrino, genitourinario, neurológico, piel, anexos y otros) Recabar información relacionada con uso de sustancias. |                                           |              |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                           |              |
| <b>4. Exploración física</b>                                                                                                                                                                                    |                                           |              |
| 4.1 Signos Vitales                                                                                                                                                                                              | Peso ideal: _____                         | Talla: _____ |
|                                                                                                                                                                                                                 | Pesor real: _____                         | T.A. _____   |
|                                                                                                                                                                                                                 | F.C. _____                                | T _____      |
|                                                                                                                                                                                                                 | F.R. _____                                | Pulso _____  |
| 4.2 Exploración físico neurológica                                                                                                                                                                              |                                           |              |
| Cabeza y cuello                                                                                                                                                                                                 |                                           |              |
| Tórax                                                                                                                                                                                                           |                                           |              |
| Abdomen                                                                                                                                                                                                         |                                           |              |
| Genitales                                                                                                                                                                                                       |                                           |              |
| Columna vertebral                                                                                                                                                                                               |                                           |              |
| Extremidades piel y faneras.                                                                                                                                                                                    |                                           |              |
| Neurológica                                                                                                                                                                                                     | Pares craneales                           |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Sistema motor                             |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Sensibilidad                              |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Reflejos (OT)                             |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Sistema vestíbulo cerebeloso (equilibrio) |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Marcha                                    |              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Dominancia cerebral                       |              |
| <b>5. Exámenes de laboratorio, gabinete y otros previos y actuales</b> (Enumeración, fechas y resultados)                                                                                                       |                                           |              |

|                                                                                                                                                                                 |                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| <b>6. Terapéutica previa empleada</b>                                                                                                                                           |                      |  |
| Resultados obtenidos en cada uno                                                                                                                                                | Tratamientos físicos |  |
|                                                                                                                                                                                 | Farmacológicos       |  |
|                                                                                                                                                                                 | Psicoterapéuticos    |  |
|                                                                                                                                                                                 | Alternativos         |  |
| <b>7. Examen mental</b>                                                                                                                                                         |                      |  |
| Inspección general (apariencia, actitud, conciencia, conducta motor, forma de relación, autismo)                                                                                |                      |  |
| Lenguaje y pensamiento: Fluidez, retardo, aceleración, articulación, coherencia, tonalidad, congruencia, riqueza de asociaciones y abstracciones, fobias, obsesiones y delirios |                      |  |
| Funciones intelectuales, orientación, atención, comprensión, concentración, memoria, análisis, síntesis, conación, volición, juicio crítico                                     |                      |  |
| Afectividad, indiferencia, tristeza, euforia, labilidad, ansiedad, aplanamiento, ambivalencia, disociación                                                                      |                      |  |
| Sentido percepción, ilusiones, alucinaciones, alucinosis, despersonalización, micropsias, micropsias, extrañeza                                                                 |                      |  |
| Ideación, delirios, proyecto futuro, sueño, conciencia de enfermedad                                                                                                            |                      |  |
| Observaciones:                                                                                                                                                                  |                      |  |

|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------|---------------------------|--|
|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
| <b>8. Impresión Diagnóstica</b>                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
| Diagnóstico CIE 10                                                                           | Código          | Diagnóstico                     |          |                           |  |
|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
|                                                                                              |                 |                                 |          |                           |  |
| Observaciones al Diagnóstico y/o problemas clínicos:                                         |                 |                                 |          |                           |  |
| Pronóstico                                                                                   | Para la Vida    |                                 |          |                           |  |
|                                                                                              | Para la Función |                                 |          |                           |  |
| <b>9. Tratamiento sugerido y justificación</b>                                               |                 |                                 |          |                           |  |
| Consejería Individual                                                                        |                 | Consejería Grupal               |          | Consejería Familiar       |  |
| Orientación Familiar Grupal                                                                  |                 | Orientación Familiar Individual |          | Frecuencia de tratamiento |  |
| Justificación:                                                                               |                 |                                 |          |                           |  |
| Plan de manejo físico ( Si se recetan medicamentos deberá señalar dosis, vía y periodicidad) |                 |                                 |          |                           |  |
| Sugerencias en el plan de manejo psicológico                                                 |                 |                                 |          |                           |  |
| Próxima cita                                                                                 | Día:            | Hora:                           | Servicio | Responsable               |  |
| Nombre completo y firma del personal médico que otorgó el servicio                           |                 |                                 |          |                           |  |
| Número Cédula profesional                                                                    |                 |                                 |          |                           |  |
| Hora:                                                                                        |                 |                                 |          |                           |  |



## Anexo 11. Cuestionario de Satisfacción de Vida

### Cuestionario de Satisfacción de Vida

Nombre del usuario/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No. Expediente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a once diferentes áreas de su vida y con su vida en general. Por favor, anote un tache o una paloma en el número que corresponda del 1 al 10, a su nivel satisfactorio que siente tener en ese momento en cada una de las áreas de su vida. Tome en cuenta que el número uno indica completamente insatisfecho y el 10 completamente satisfecho.

|                                           | Completamente<br>insatisfecho |   |   |   |   | Insatisfecho |   | Satisfecho | Completamente<br>satisfecho |    |
|-------------------------------------------|-------------------------------|---|---|---|---|--------------|---|------------|-----------------------------|----|
| Áreas de Vida                             | 1                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            | 7 | 8          | 9                           | 10 |
| 1. Consumo de drogas                      |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 2. Progreso en el trabajo o en la escuela |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 3. Manejo del dinero                      |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 4. Vida social/recreativa                 |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 5. Salud física                           |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 6. Relaciones familiares o matrimoniales  |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 7. Situación legal                        |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 8. Vida emocional                         |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 9. Comunicación                           |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 10. Ejercicio físico                      |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 11. Vida espiritual y moral               |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |
| 12. Satisfacción general                  |                               |   |   |   |   |              |   |            |                             |    |

Nombre y firma de quien aplica la prueba: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_



## Anexo 12. Solicitud y Nota de Interconsulta

### Solicitud de Interconsulta

|                                                |                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del establecimiento:                    | Ciudad                      |
| Del Servicio de:                               | No. De Expediente:          |
| Al Servicio de:                                | Fecha: _____<br>Hora: _____ |
| Nombre del Paciente:                           |                             |
| Resumen clínico:                               |                             |
| Motivo de Interconsulta:                       |                             |
| Nombre, firma y cédula del médico solicitante: |                             |

### Nota de interconsulta

|                                                                                                                                            |       |          |          |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|-------|--|
| Nombre del usuario/a:                                                                                                                      |       | Edad:    |          | Sexo: |  |
| Fecha:                                                                                                                                     |       | Hora:    |          |       |  |
| T/A                                                                                                                                        | Temp. | Frec. c. | Frec. r. | Peso  |  |
| Motivo de la atención:                                                                                                                     |       |          |          |       |  |
| Resumen del interrogatorio, exploración física (descripción del embarazo si es el caso y la prescripción de medicamentos) y estado mental: |       |          |          |       |  |
|                                                                                                                                            |       |          |          |       |  |



Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico:

Tratamiento que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico:

Plan de estudio:

Nombre completo, firma y cédula profesional del profesional de medicina:



## Anexo 13. Plan de Consejería Individual

No. expediente:

|                                                                                     |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Identificación del usuario/a                                                        |        |
| Nombre del usuario/a:                                                               | Fecha: |
| Sexo:                                                                               | Edad:  |
| <b>Resultado de consejería:</b>                                                     |        |
| Consumo de alcohol y otras drogas:                                                  |        |
| Salud física y mental (depresión, ansiedad):                                        |        |
| Situación en diferentes áreas de vida (familiar, social, laboral, económica, etc.): |        |
| <b>Metas y objetivos a lograr durante el proceso de consejería:</b>                 |        |
| Metas a mediano y/o largo plazo:                                                    |        |
| Objetivos a corto, mediano y largo plazo:                                           |        |
| <b>Acciones específicas:</b>                                                        |        |
| Compromiso del usuario/a para dejar el consumo:                                     |        |
| Logro y mantenimiento de la abstinencia:                                            |        |
| Metas por áreas de vida:                                                            |        |
| Prevención de recaídas:                                                             |        |



\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del personal de  
consejería/apadrinamiento/amadrinamiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
usuario/

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del director/a, persona  
responsable del establecimiento



## Anexo 14. Nota Individual de Consejería

### Nota Individual de consejería

No. de expediente: \_\_\_\_\_

|                                                                                                |       |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| Nombre del usuario/a:                                                                          | Edad: | Sexo:          |
| Fecha:                                                                                         | Hora: | No. de sesión: |
| Días de estancia en el establecimiento:                                                        |       |                |
| Objetivo de la sesión:                                                                         |       |                |
| Aspectos que se trabajaron con el usuario/a durante la sesión:                                 |       |                |
| Resultados de la sesión (conducta que manifestó el usuario/a y disposición durante la sesión): |       |                |
| Aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión:                                         |       |                |
| Tareas que debe realizar el usuario/a:                                                         |       |                |
| Observaciones:                                                                                 |       |                |
| Fecha de la próxima sesión:                                                                    |       |                |
| Nombre completo y firma del personal en consejería:                                            |       |                |



## Anexo 15. Nota de Evolución Médica

### Nota de Evolución Médica No. de expediente:

|                                                                                         |       |          |          |                |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|----------------|-------|
| Nombre del usuario/a:                                                                   |       | Edad:    |          | Sexo:          |       |
| Fecha:                                                                                  |       | Hora:    |          | No. de sesión: |       |
| T/A                                                                                     | Temp. | Frec. c. | Frec. r. | Peso           | Talla |
| Resumen del interrogatorio:                                                             |       |          |          |                |       |
| Resultados de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado: |       |          |          |                |       |
| Hallazgos subjetivos, objetivos y apreciativos:                                         |       |          |          |                |       |
| Plan:                                                                                   |       |          |          |                |       |
| Pronóstico:                                                                             |       |          |          |                |       |
| Tratamiento e indicaciones médicas (dosis, vía de administración y periodicidad):       |       |          |          |                |       |
| Nombre completo, firma y cédula del profesional de medicina:                            |       |          |          |                |       |



## Anexo 16. Reporte Final y Plan de Seguimiento

**Reporte Final de Consejería      Fecha:**

|                                                                                                                          |                                |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| Nombre del usuario/a:                                                                                                    | Expediente No.:                |                  |
| Centro de tratamiento:                                                                                                   | Fecha de ingreso:              | Fecha de egreso: |
| Motivo de ingreso:                                                                                                       |                                |                  |
| Objetivo general del plan de atención individual:                                                                        |                                |                  |
| Se alcanzó el objetivo general del plan: (SI) (NO)<br>Fundamente:                                                        |                                |                  |
| Resumen de la evolución y estado actual:                                                                                 |                                |                  |
| Principales temáticas abordadas:                                                                                         | Número de sesiones realizadas: |                  |
| Metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería:                                                             |                                |                  |
| Conclusiones del proceso de atención y comentarios finales:                                                              |                                |                  |
| Motivo de egreso:                                                                                                        |                                |                  |
| Tipo de egreso: Alta conclusión de tratamiento ( ) Baja abandono terapéutico ( ) Baja temporal referencia ( ) Deceso ( ) |                                |                  |
| Pronóstico                                                                                                               |                                |                  |
| Recomendaciones                                                                                                          |                                |                  |
| Nombre y firma del personal en consejería:                                                                               |                                |                  |



| Plan de Seguimiento        |                   |
|----------------------------|-------------------|
| 1er. seguimiento           |                   |
| Plazo:                     | Fecha programada: |
| Objetivos:                 |                   |
| Instrumentos y/o formatos: |                   |
| Personas que acuden:       |                   |
| Temas para abordar:        |                   |
| 2do. seguimiento           |                   |
| Plazo:                     | Fecha programada: |
| Objetivos:                 |                   |
| Instrumentos y/o formatos: |                   |
| Personas que acuden:       |                   |
| Temas que abordar:         |                   |
| 3er. seguimiento           |                   |
| Plazo:                     | Fecha programada: |
| Objetivos:                 |                   |
| Instrumentos y/o formatos: |                   |
| Personas que acuden:       |                   |



Temas que abordar:

**4to. seguimiento**

Plazo:

Fecha programada:

Objetivos:

Instrumentos y/o formatos:

Personas que acuden:

Temas que abordar:

Nombre y firma del/a terapeuta o consejero/a

Nombre y firma del usuario/a o de familia en caso de egreso por deceso



## Anexo 17. Hoja de Egreso

### Hoja de Egreso

#### No. de expediente:

|                       |       |          |          |       |       |
|-----------------------|-------|----------|----------|-------|-------|
| Nombre del usuario/a: |       | Edad:    |          | Sexo: |       |
| Fecha de ingreso:     |       | Fecha de |          | Hora: |       |
| T/A                   | Temp. | Frec. c. | Frec. r. | Peso  | Talla |

#### 1. Motivo de egreso:

- ☐ El usuario/a cumplió los objetivos de tratamiento
- ☐ Se trasladó a otra institución
- ☐ A solicitud del usuario/a
- ☐ A solicitud del familiar autorizado/a, quien representa legal o tiene la tutoría (en caso de menor de edad)
- ☐ Abandono del servicio sin autorización
- ☐ Disposición de la autoridad legal competente
- ☐ Defunción

( ) Con mejoría    ( ) Sin mejoría

#### 2. Resumen de la evolución y descripción del estado general del usuario/a:

#### 3. Problemas clínicos pendientes:

**4. Criterios de egreso:** (únicamente en caso de que el usuario/a egrese por haber cumplido los objetivos de tratamiento): \*DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO ESTABLECER LOS CRITERIOS QUE SE CONSIDERAN PARA QUE UN USUARIO/A/A EGRESE DEL ESTABLECIMIENTO, POR EJEMPLO:

- a) El usuario/a se ha mantenido en abstinencia un promedio de 6 meses ----- SI NO
- b) El usuario/a ha recibido los componentes terapéuticos mínimos  
indispensables para promover su rehabilitación ----- SI  
NO
- c) El usuario/a ha participado activamente en todas las sesiones programadas  
por el médico, psicólogo o consejero ----- SI  
NO
- d) Los resultados de la posevaluación indican que el usuario/a ha adquirido las  
habilidades para mantenerse sin consumo y lograr un estilo de vida saludable - SI  
NO
- e) El estado de salud del usuario/a es óptimo ----- SI

**5. Información complementaria:**

Ratificación o rectificación del diagnóstico final:

Pronóstico:

Indicaciones médicas y plan de tratamiento:

Fecha del primer seguimiento:

Nombre y firma de conformidad de la persona que egresa/familiar/responsable legal:

Nombre y firma de dos personas testigos:

Testigo/a 1:\_\_\_\_\_ Testigo/a 2:\_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula profesional del personal de medicina:

Nombre y firma de la persona encargada o responsable del establecimiento:



## Anexo 18 Cuestionario de satisfacción con el servicio

### Cuestionario de Satisfacción con el Servicio

| Durante las sesiones de consejería que recibí en mi proceso de tratamiento y rehabilitación en el establecimiento residencial | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | No estoy seguro/a | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Pude conocer la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias que tuve.                                                  |                       |            |                   |               |                          |
| 2. Pude conocer las situaciones o razones por las que consumía.                                                               |                       |            |                   |               |                          |
| 3. Identifique las consecuencias que me agradaban y que hacían que mantuviera mi consumo.                                     |                       |            |                   |               |                          |
| 4. Reconocí las consecuencias negativas, daños y pérdidas que tuve ocasionadas por el consumo.                                |                       |            |                   |               |                          |
| 5. Aprendí evitar consumir ante la presencia de factores o razones por las que antes lo hacía.                                |                       |            |                   |               |                          |
| 6. Aprendí a resolver mis problemas.                                                                                          |                       |            |                   |               |                          |
| 7. Me siento más capaz de controlar mi enojo.                                                                                 |                       |            |                   |               |                          |
| 8. Puedo tranquilizarme cuando me siento angustiado/a.                                                                        |                       |            |                   |               |                          |
| 9. Evito sentirme decaído/a y triste por mucho tiempo.                                                                        |                       |            |                   |               |                          |
| 10. He trabajado en cómo voy a poder alcanzar mis metas.                                                                      |                       |            |                   |               |                          |
| 11. Me siento capaz de alcanzar las metas que me propongo.                                                                    |                       |            |                   |               |                          |
| 12. Utilizo ejercicios que aprendí y que me han servido para mejorar.                                                         |                       |            |                   |               |                          |
| 13. Ha mejorado la relación con mi familia.                                                                                   |                       |            |                   |               |                          |
| 14. Practico actividades que me gustan y disfruto (sin el uso de drogas).                                                     |                       |            |                   |               |                          |
| 15. Aprovecho para mi beneficio el tiempo libre.                                                                              |                       |            |                   |               |                          |
| 16. Realizo actividades deportivas.                                                                                           |                       |            |                   |               |                          |



|                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17. Procuro reforzar mi trabajo espiritual.                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 18. Me siento capaz de evitar consumir sustancias ante situaciones que me pueden poner en riesgo de hacerlo.                                 |  |  |  |  |  |
| 19. Me comunico de mejor manera.                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 20. A partir de mi asistencia al tratamiento he podido rehusarme con éxito al consumir, cuando me invitan o tengo la oportunidad de hacerlo. |  |  |  |  |  |

Comentarios y sugerencias:

---

Nombre y firma de quien aplica la prueba:

---

Cargo:

---



## Anexo 19. Hoja de Derivación / Contrarreferencia

### HOJA DE DERIVACIÓN / CONTRARREFERENCIA

**HOJA DE DERIVACIÓN /  
CONTRARREFERENCIA  
ESTABLECIMIENTO QUE  
DERIVA**

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Derivación__ / Contrarreferencia__ No. de registro: |    |
| Fecha de derivación/ Contrarreferencia:             |    |
| Hora de derivación/ Contrarreferencia:              |    |
| Urgencia<br>SI                                      | NO |

|            |                  |                  |      |     |   |   |
|------------|------------------|------------------|------|-----|---|---|
| Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno | Edad | Sex | H | M |
|------------|------------------|------------------|------|-----|---|---|

|                   |                        |                    |
|-------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Domicilio</b>  | Calle                  | Número             |
| Colonia/población | Delegación o municipio | Entidad federativa |
|                   |                        | Código postal      |

Motivo  
del  
envío:

|                                   |
|-----------------------------------|
| Diagnós                           |
| tico:                             |
| Establecimiento al que se deriva: |

|                                               |                        |                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Domicilio del<br/>establecimiento:</b>     | Calle                  | Número             | Número de teléfono |
| Colonia/población                             | Delegación o municipio | Entidad federativa | Código postal      |
| Nombre del personal que deriva, firma y cargo |                        |                    |                    |



**HOJA DE REFERENCIA /  
CONTRARREFERENCIA USUARIO/A**

|                                                   |   |
|---------------------------------------------------|---|
| Derivación__ / Contrarreferencia No. de registro: |   |
| Fecha de Derivación__ / Contrarreferencia:        |   |
| Hora de Derivación__ / Contrarreferencia:         |   |
| Urgencia                                          | N |

|            |                  |                  |      |     |   |   |
|------------|------------------|------------------|------|-----|---|---|
| Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno | Edad | Sex | H | M |
|------------|------------------|------------------|------|-----|---|---|

|                   |                        |                    |
|-------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Domicilio</b>  | Calle                  | Número             |
| Colonia/población | Delegación o municipio | Entidad federativa |
|                   |                        | Código postal      |

**Establecimiento que deriva:**

|                   |                        |                    |                    |
|-------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Domicili</b>   | Calle                  | Número             | Número de teléfono |
| Colonia/población | Delegación o municipio | Entidad federativa | Código postal      |

**Establecimiento al que se deriva (receptor):**

|                   |                        |                    |                    |
|-------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Domicili</b>   | Calle                  | Número             | Número de teléfono |
| Colonia/población | Delegación o municipio | Entidad federativa | Código postal      |

**Motivo de la derivación (resumen clínico del padecimiento): Diagnóstico clínico**

**Observaciones:**



| Responsable del establecimiento |       | Personal que deriva |       |
|---------------------------------|-------|---------------------|-------|
| Nombre                          | Firma | Nombre              | Firma |

## Anexo 20. Reporte de Seguimiento

### Reporte de Seguimiento

**Nombre del usuario/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **No. De Expediente:** \_\_\_\_\_

**Período de seguimiento:**

Al mes ( )      A los tres meses ( )      A los seis meses ( )

A los doce meses ( )      Otro ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

**Tipo de seguimiento:** Presencial ( )    Telefónico ( )    Por correo electrónico ( )

**Objetivo de la sesión:**

**Resumen de la sesión:**

Entrevista de seguimiento

Consumo de sustancias

Planes de acción para situaciones de riesgo de consumo



**Tareas asignadas:**

**Aspectos que se revisarán en el próximo seguimiento:**

**Observaciones:**

**Fecha de la próxima sesión:**

**Nombre y firma del personal terapéutico o consejería:**