|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CÉDULA DE INDICADORES PARA MEDIR DEPENDENCIA A DROGAS** | | | | | | | | |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Número de Expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unidad médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto de Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Criterios para diagnosticar dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.  (Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992) | | | | | | | | |
| **¿Qué tipo (s) de droga (s) consume?**  (Puede marcar más de una opción) Principal droga consumida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cannabis | | | | Anfetaminas | Tranquilizantes | | |
| Disolventes o inhalables | | | | Rohypnol | Sedantes | | |
| Alucinógenos | | | | Basuco o Pasta base | Opiáceos (analgésicos narcóticos) | | |
| Opto o morfina | | | | Cristal (metanfetaminas) | Cocaína | | |
| **En los últimos 12 meses PREGUNTA FILTRO** | | | | | | | | Calificación: marque con una X si el síntoma está presente |
| ¿Usó en más de cinco ocasiones para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta? | No  Sí | 0  1 |  | Si la respuesta es afirmativa, continue | | |  | |
| 1a ¿Se dio cuenta que tenía que usar más cantidad que antes de  para lograr el efecto deseado? | No  Sí | 0  1 |  | Tolerancia  Síntoma  1a, 1b o 1c  Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 2a | | |  | |
| 1b ¿Noto que la misma cantidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le hacía menos efecto que antes? | No  Sí | 0  1 |  |
| 1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para lograr el mismo efecto? | No  Sí | 0  1 |  |
| 2a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que no pudo evitar hacerlo? | No  Sí | 0  1 |  | Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia  Se clasifica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1  Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 3a  Síntoma  2a, 2b o 2c | | |  | |
| 2b ¿Ha deseado consumir tan desesperadamente que no pudo pensar en nada más? | No  Sí | 0  1 |  |
| 3a ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de  por lo menos de un mes | No 0 Pase 3b  Sí 1 1 |  |  | Síntoma  3a o 3 3b =1  o 3b =1  Dificultad para controlar el consumo de sustancias  Se califica como síntoma presente, cuando 3a = 1 | | |  | |
| 3b ¿Ha tenido periodos en los que uso en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender antes de sentirse intoxicado? | No  Sí | 0  1 |  |
| 4a En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.? | No  Sí | 0  1 |  | Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1  Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 5a  Síntoma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4a, 4b o 4c =1 | | |  | |
| 4b ¿Utilizó u otra droga para evitar tener malestares como los que se acaban de mencionar? | No  Sí | 0  1 |  |
| 5a ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo a conseguir  ? | No  Sí | 0  1 |  | Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses  Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1  Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 6a  Síntoma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5a, 5b y 5c =1 | | |  | |
| 5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de  ? | No  Sí | 0  1 |  |
| 5c ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir actividades con amigos o familiares por conseguir o usar  ? | No  Sí | 0  1 |  |
| 6a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardiacos u otra lesión relacionada con el uso de ? | No  Sí | 0  1 |  | Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas.  Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1  Síntoma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6a, 6b y 6c =1 | | |  | |
| 6b ¿Continúo usando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aún después de presentar estos problemas de salud? | No  Sí | 0  1 |  |
| 6c ¿Ha tenido usted problemas psicológicos o sociales asociados al uso de  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales o escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidente, etc.? | No  Sí | 0  1 |  |
| 6d ¿Continúo consumiendo aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas? | No  Sí | 0  1 |  |