

**Qué cuidador estuvo involucrado? (Nombre del Cliente)**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Actividad:** \_\_\_\_\_

**Programa**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Convertirse en Mamá               | Planificación Familiar                         |
| Salud Maternal Infantil (MCH/M&I) | Iniciativa de Mantenimiento del Embarazo (PMI) |
| Embarazo de Adolescentes (TPTCM)  | Kansas Conectando Comunidades                  |

INTRODUCCIÓN (Léasela al paciente. Puede adaptarse a las circunstancias locales)\*

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o inyectar (ver tarjeta de respuestas).

Alguna de las sustancias que aparecen en la lista pueden haber sido recetadas por un médico (por ejemplo anfetaminas, sedantes, calmantes). En esta entrevista no registraremos aquellos medicamentos usados **bajo prescripción médica**. No obstante, si usted tomara estos medicamentos por **otras** razones, o los tomara más frecuentemente o a dosis más altas que las prescritas o de una manera que no se pretendía que usted los usara, por favor sírvase informarnos.

Aunque nos interesa saber respecto a su uso de cualquier droga ilícita, le aseguramos que la información obtenida será tratada de manera estrictamente confidencial.

AVISO: Antes de hacer las preguntas, entréguele al cliente la tarjeta de respuestas Assist

**Pregunta 1 (sírvase marcar la respuesta para cada categoría de sustancia)**

Durante toda su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias usó <u>alguna vez</u> ? (SOLAMENTE USO <u>NO</u> MEDICADO)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	3
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	3
j. Otro tipo –especificar: _____	0	3

<p>Si todas las respuestas son negativas sugiera: "¿Ni siquiera cuando estaba en el colegio?"</p>	<p>Si la respuesta a todos los puntos es "No" suspenda la entrevista. Si la respuesta a alguno de los puntos es "Sí", haga la pregunta 2 respecto a cada una de las sustancias que se hayan usado</p>
---	---

**Pregunta 2**

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo usó las sustancias que mencionó anteriormente (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo – especificar: _____	0	2	3	4	6

*Si la respuesta a todos los puntos en la Pregunta 2 es “Nunca”, vaya a la pregunta 6.*

*Si en los tres meses previos usó alguna de las sustancias de la Pregunta 2, continúe con las Preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que se hayan usado.*

**Pregunta 3**

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo, sintió usted un fuerte deseo o una urgencia por consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo – especificar: _____	0	2	3	4	6

**Pregunta 4**

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) lo llevó a tener problemas de salud, sociales, legales o financieros?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo – especificar: _____	0	2	3	4	6

**Pregunta 5**

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo usted no hizo lo que se esperaba que hiciera debido a su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo – especificar: _____	0	2	3	4	6

*Haga las Preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que se hayan usado alguna vez (por ejemplo las que se mencionaron como consumidas en la Pregunta 1)*

**Pregunta 6**

<u>Alguna vez</u> un pariente, un amigo o cualquier otra persona se han preocupado por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo – especificar _____	0	6	3

**Pregunta 7**

¿Ha tratado <u>alguna vez</u> de reducir el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) pero no logró hacerlo?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solvents de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo – especificar _____	0	6	3

**Pregunta 8 (por favor sírvase marcar la respuesta que corresponda)**

¿Ha usado <u>alguna vez</u> una droga inyectable? (SOLAMENTE POR USO NO MÉDICO)	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1