



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES

Guía para la Integración del Expediente Clínico en los Establecimientos Residenciales en Adicciones con Modelo Mixto y Profesional

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

Directora de Vinculación y Cooperación Operativa

Dr. José Javier Mendoza Velázquez

Director de Coordinación de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto

Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Lic. Alejandra Rubio Patiño

Directora de Cooperación Internacional



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES

Coordinación
Dra. Carmen Torres Mata

Integración y revisión técnica:
Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez

Apoyo técnico:
Lic. Araceli Flores Ángeles
Lic. Obdulia Rodríguez Anaya

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 Conteras,
C.P. 10200 Ciudad de México

www.salud.gob.mx
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	1
II. Marco Normativo	1
III. Objetivo	2
1. Pre-Ingreso (valoración clínica)	3
1.1 Entrevista Inicial	4
1.2. ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).	5
1.3. Instrumentos Indicadores de trastorno dual	7
1.4. Nota de Valoración Individual	12
1.5. Referencia	14
2.- Ingreso	16
2.1 Nota de Ingreso	17
2.2. Inscripción al Servicio de salud	18
2.3 Estudio socioeconómico	19
2.4 Formato de Consentimiento Informado	20
2.5 Apartado de confidencialidad y protección de datos personales	25
2.6 Compromiso continuidad del tratamiento médico	26
2.7 Costos del tratamiento y/o convenio o contrato por pago de servicios	27
2.8 Hoja de Notificación al Ministerio Público	29
3. Evaluación	30
3.1 Historia Clínica-Médica/Evaluación médica	30
3.1.1 Exámenes de laboratorio y gabinete	31
3. 2. Evaluación Psicológica	32
3.3 Evaluación socio-familiar	33
3.4 Valoración de enfermería	34
4. Tratamiento	35
4.1 Plan de tratamiento	35
4.2 Plan de Consejería Individual	38
4.3 Notas de Evolución	39
4.3.1 Nota de Evolución Médica	40
4.3.2 Hoja de Enfermería	41
4.3.3 Nota de Evolución psicológica	43



4.3.4 Nota de Evolución Socio Familiar o de Trabajo Social.....	44
4.3.5 Solicitud y Notas de Interconsulta	45
4.3.6 Notas de evolución de Consejería/Establecimientos Mixtos.....	48
5. Proceso de Egreso	50
5.1 Reporte final de consejería y plan de seguimiento.....	51
5.2 Nota de egreso	53
5.3 Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento.....	55
6. Proceso de Referencia - Contra referencia	56
6.1 Hoja de referencia	57
7. Proceso de Seguimiento	59
IV. Glosario	62
V. Referencias.....	65
VI. Anexos	67
Anexo 1 Entrevista Inicial.....	67
Anexo 2 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*	83
Anexo 3 Inventario síntomas de ansiedad (Beck)*	94
Anexo 4 Inventario síntomas de depresión (Beck)*	97
Anexo 5 Síntomas de psicosis SCL 90R*	103
Anexo 6 Nota de Valoración Individual.....	108
Anexo 7 Hoja de Referencia / contra referencia.....	110
Anexo 8 Nota de Ingreso	111
Anexo 9 Estudio Socioeconómico	112
Anexo 10 Consentimiento Informado Adultos/as	116
Anexo 11 Consentimiento Informado Involuntario Adultos/as.....	119
Anexo 12 Consentimiento Informado Niños, Niñas y Adolescentes.....	122
Anexo 13. Formato único de Notificación de caso médico legal	125
Anexo 14 Historia Clínica	127
Anexo 15 Plan de Tratamiento.....	133
Anexo 16 Plan de Consejería Individual	136
Anexo 17 Nota de Evolución Médica.....	138
Anexo 18 Hoja de Enfermería.....	139
Anexo 19 Nota de evolución psicológica.....	142



Anexo 20 Nota de Evolución Trabajo Social	143
Anexo 21 Solicitud y Nota de Interconsulta.....	144
Anexo 22 Nota de evolución de consejería	146
Anexo 23 Reporte Final de Consejería y plan de seguimiento	148
Anexo 24 Nota de Egreso	152
Anexo 25 Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento	156
Anexo 26 Reporte de Seguimiento	158



I. Presentación

El presente documento es una guía dirigida al personal profesional de la salud cuyo propósito es favorecer la integración y homologación del expediente clínico en los establecimientos residenciales especializados en adicciones con modelo profesional, basándose en la normatividad aplicable, como la NOM-028-SSA2-2009 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 pre-ingreso, ingreso o admisión, evaluación, tratamiento, egreso, seguimiento, referencia y contrarreferencia.

Cabe señalar que los formatos que se anexan a esta guía son sugeridos. Si se 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 a sus 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 de servicios 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 el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos consultorios.

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 (SISVEA), 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, de acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009 que menciona que los establecimientos residenciales deben de levantar la Cédula de Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales.

Por lo anterior esta guía se basa 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 para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones.

III. Objetivo

Ofrecer al personal de los establecimientos una guía técnica para la conformación del expediente clínico en Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones con Modelo de Atención **Profesional**, desarrollándose las fases que comprenden el servicio de tratamiento, comenzando por la valoración clínica (pre-ingreso), ingreso o admisión, evaluación, tratamiento, egreso, referencia-contrarreferencia y el seguimiento.

1. Pre-Ingreso (valoración clínica)

A través de esta fase se identifica si la persona es candidata al tratamiento residencial, a partir de la realización de una serie de actividades como la aplicación de la entrevista inicial e instrumentos de tamizaje. En caso de que la persona no sea candidata, porque no cumple los criterios de dependencia, es importante que sea referida a otro servicio adecuado a sus necesidades.

¿Qué es el pre-ingreso?

Es la valoración que se realiza para quienes deseen o necesiten ingresar al establecimiento; incluye la aplicación de la entrevista inicial, test de valoración de la severidad de la adicción por medio del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening (ASSIST, por sus siglas en inglés) y posibles trastornos duales, por medio del Inventario de síntomas de Ansiedad y de Depresión de Beck, así como del Inventario de Síntomas de Psicosis SCL 90R, entre otros.

¿Por qué es importante su implementación?

Debido a que los establecimientos residenciales de atención a las adicciones son exclusivos para aquellas personas que presentan una dependencia al consumo de sustancias, con la valoración podrá identificar su 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, así como los Inventarios de síntomas de Ansiedad y de Depresión de Beck, así como del Inventario de Síntomas de Psicosis SCL 90R, entre otros.

1.1 Entrevista Inicial

¿Qué es?

La entrevista inicial permite obtener información sobre diversos aspectos del usuario/a con respecto al problema de consumo de sustancias psicoactivas y otras condiciones que son necesarias conocer.

Es un documento que permite obtener información sobre diferentes áreas: consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, daños y consecuencias, disposición al cambio, situación social-familiar, situación laboral, salud mental y salud física (Figura 1 y Anexo 1).

¿Por qué es importante?

Porque permite obtener información sobre el motivo de consulta, consumo de sustancias psicoactivas, motivaciones al cambio, relación con la familia, salud mental, física, aspectos laborales, entre otros.

¿Qué elementos la integran?

La entrevista consta de 62 preguntas que permiten obtener la información específica de:

- Datos generales
- Consumo de Sustancias
- Disposición al cambio
- Familia
- Tiempo Libre
- Situación Laboral
- Salud Mental y Física
- Consecuencias Adversas del Consumo

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: _____

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

¿Qué es?

Es un instrumento que lleva el nombre de ASSIST por sus siglas en inglés y es el resultado de un trabajo realizado por la Organización Mundial de Salud (OMS), se desarrolló en 1997 con el fin de poder administrar rápidamente, detectar todas las sustancias psicoactivas y poder vincular con facilidad a la persona a una intervención breve. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas) alucinógenos, opiáceos, otras drogas (OMS, 2011)(Ver figura 2 y anexo 2). Es por ello que se sugiere pueda ser utilizada en la fase de valoración clínica o pre-admisión.

¿Por qué es importante?

Debido a que su tiempo de implementación no rebasa los 15 minutos, posibilita conocer el grado de severidad de consumo de sustancias psicoactivas de la persona, de una manera rápida y eficaz.

¿Qué elementos los integran?

Consta de 8 preguntas que exploran 6 áreas:

- Uso de sustancias a lo largo de la vida;
- Uso de sustancias durante los últimos tres meses;
- Problemas relacionados con el consumo;
- Riesgo actual de presentar problemas en el futuro;
- Posibilidad de dependencia;
- Uso de drogas por vía intravenosa.

Figura 2 Assist (OMS, 2011)
(Anexo 2)

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.		

1.3. Instrumentos Indicadores de trastorno dual

¿Qué son?

El término patología dual o comorbilidad se define como la coexistencia entre un trastorno mental y otro por consumo de sustancias psicoactivas. Puede presentarse 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 a 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 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 sustancias psicoactivas presentan criterios diagnósticos de otra enfermedad mental (Hser YI, 2001).

Existen test o pruebas que muestran indicadores de la presencia o indicio de un posible trastorno dual. Debido a que se habla de una probabilidad, es importante profundizar en el diagnóstico con otros instrumentos o entrevistas para verificar el dictamen y facilitar un mejor tratamiento. Es importante mencionar que cuando se muestran estos indicadores se debe profundizar en el diagnóstico con otros instrumentos o entrevistas para posibilitar un tratamiento integral, incluso considerar y de ser necesario implementar el procedimiento de referencia/contrarreferencia.

¿Por qué son importantes?

Son de gran ayuda para poder identificar un posible trastorno dual como: depresión, ansiedad y psicosis; con la finalidad de poder generar un diagnóstico, tratamiento certero y oportuno.

¿Qué elementos los integran?

Existen diversos instrumentos o pruebas que muestran un posible trastorno dual, que el personal profesional podrá implementar de acuerdo a 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, & Chavez, 2005).

1.3.1 Inventario de síntomas de Ansiedad de Beck

¿Qué es?

Es un cuestionario realizado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer, para identificar síntomas de ansiedad, es auto aplicable, compuesto por 21 ítems. Las personas responden a cada una de las preguntas en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”. El instrumento discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. (Ver Figura 3 y Anexo 3).

¿Por qué es importante?

Permite identificar varios síntomas de ansiedad, con la intención de mostrar las señales y desarrollar la mejor forma de atención para generar un estado de ánimo positivo, fomentar una mejor salud física y mental.

¿Qué elementos lo integran?

Consta de 21 reactivos, cada uno de estos, cuenta con cuatro opciones de respuesta que evalúan los diversos síntomas de ansiedad. Estas opciones muestran la intensidad en la que se han presentado los síntomas. Es auto aplicable y el individuo 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 Beck Ansiedad
Anexo 3

Inventario síntomas de ansiedad (BECK/BDI)

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	Intensidad de la molestia			
	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: _____

1.3.2 Inventario de Síntomas de Depresión de Beck

¿Qué es?

Es un inventario que permite evaluar posibles síntomas de depresión y con ello determinar la necesidad de valoración y atención especializada en salud mental para la persona usuaria; o bien la posibilidad de trabajar 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. (Ver figura 4 y anexo 4).

¿Por qué es importante?

Nos permite identificar algún cuadro depresivo que pueda poner en riesgo su vida o impida avanzar en su proceso de rehabilitación.

¿Qué elementos los integran?

Este inventario 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 Beck Depresión

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 describe 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 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	0. No siento que me estén castigando 1. Siento que me podrían castigar 2. Creo que me van a castigar 3. Siento que se me ha castigado
3	0. En general tengo esperanzas en mi futuro 1. Me siento sin esperanzas por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 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 1. Estoy desilusionado/a de mí mismo/a 2. Estoy disgustado/a conmigo mismo/a 3. Me odio
5	0. No me siento como un fracasado/a 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. No siento que sea peor que otras personas
6	0. Me critico a mí mismo/a por mis debilidades o errores 1. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 2. Me culpo por todo lo malo que sucede 3. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como sola tendría antes
7	0. No disfruto de las cosas como antes 1. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 2. Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo

1.3.3 Inventario de Síntomas de Psicosis (SCL-90-R)

¿Qué es?

El Inventario SCL-90-R es un instrumento diseñado por Leonard Derogatis y asociados (1975, 1994), desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. (Derogatis, 1975) (Ver figura 5 y anexo 5).

¿Por qué es importante?

Permite identificar sintomatología adversa o contraria para el tratamiento o que ponga en riesgo la integridad de la persona.

¿Qué elementos lo integran?

Es un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas:

- Somatización,
- Obsesiones,
- Sensitividad Interpersonal,
- Depresión,
- Ansiedad,
- Hostilidad,
- Ansiedad Fóbica,
- Ideación Paranoide y,
- Psicoticismo.

Con sus tres índices globales de malestar psicológico; es auto aplicable a personas de 13 a 65 años.

Figura 5 Inventario de Síntomas (Derogatis, 1975)
(Anexo 5)

Síntomas de psicosis SCL 90R

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de malestares o molestias que las personas pueden llegar a tener, lea cada una de éstas y marque la opción que describa si en las últimas semanas se le han presentado y qué tanto le afectaron; elija para cada frase una de las cinco posibilidades de respuesta: *Nada, Muy poco, Poco, Bastante y Mucho*. Si no se le presentaron o se le presentaron pero no le afectaron seleccione la opción "Nada".

Nombre del usuario/a: _____ No. 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					
6. Sentir que alguien puede controlar mis pensamientos					
7. Escuchar voces que otras personas no pueden oír					
8. Creer que la gente sabe qué 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 pueda ver					
17. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien					

1.4. Nota de Valoración Individual

¿Qué es?

Es un escrito breve que integra los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados: Entrevista Inicial, ASSIST, Inventarios de Beck de Ansiedad y Depresión, Inventario de Síntomas de Psicosis SCL 90R; así como, todos aquellos que se hayan aplicado; con la finalidad de determinar si la persona cumple con los requisitos para su atención al interior del establecimiento o si es necesario referirla a otra institución. (Ver figura 6 y anexo 6).

¿Por qué es importante?

En éste se resumen y plasman los resultados obtenidos de la evaluación pre-selección que sustenta la impresión diagnóstica y con ella se determina si la persona candidata es susceptible para la atención.

¿Qué elementos la componen?

- Datos Generales
- Reporte por instrumento:
 - Entrevista Inicial
 - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
 - Inventario de Ansiedad de Beck
 - Inventario de Depresión de Beck
 - Inventario de Síntomas (SCL 90 R)

Nota: El formato que se da a continuación, es sugerido, no obstante, el establecimiento puede utilizar el formato que se adecúe a su necesidad e incluya los resultados de la valoración.

Figura 6 Nota de Valoración Individual
(Anexo 6)

NOTA DE VALORACIÓN INDIVIDUAL

Datos Generales		
Nombre:	Número Expediente:	
Sexo:	Edad:	
Estado Civil:	Escolaridad:	
Motivo de Consulta:		
Instrumento		
Entrevista Inicial	Droga principal de consumo:	
	Cantidad promedio 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:	
	Familia y pareja:	
Assist	Laboral/Escolar:	
	Legal:	
	Económicos:	
	Sociales:	
Puntaje:		
Nivel de Riesgo:		
Tipo de tratamiento:		

1.5. Referencia

¿Qué es?

Es el proceso administrativo que se realiza cuando, después de una valoración, no se cumple con los criterios de admisión y se remite a un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para recibir tratamiento (ver figura 7 y anexo 7).

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 del usuario/a se le debe enviar a otro en el que se asegure el acceso al tratamiento necesario; para ello se hace uso del procedimiento de referencia y contrarreferencia, que tiene como premisa otorgar igualdad de condiciones y el óptimo servicio de calidad integral en el tratamiento residencial (CONADIC, 2014).

Por otro lado, la contrarreferencia, es la respuesta del especialista que atendió al usuario/a y es un procedimiento mediante el cual se le retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda (CONADIC, 2014).

Existen diversos motivos por los cuales llevar a cabo una referencia, algunos de ellos son:

- Que la o el consultante requiera atención especializada no disponible en el establecimiento.
- Que no se cuente con personal capacitado para otorgar la atención.
- Que las condiciones de las instalaciones no sean las óptimas para la rehabilitación.
- Que las necesidades de atención que se requieren, no sean las que ahí se atienden.

- Cuando después de la valoración inicial no cumple con los criterios clínicos de ingreso o con los criterios de inclusión del establecimiento (género, edad, tipo de ingreso, trastornos mentales primarios al consumo de sustancias psicoactivas, nivel de dependencia, entre otros).
- Por complicación física y/o de salud, que requiera atención de urgencia y en el centro no se cuente con la infraestructura o recursos para su tratamiento.
- Para atención ambulatoria una vez que se ha concluido el tratamiento residencial (UNEME-CAPA y/o Grupos de Autoayuda, etc.)

Es importante recordar que el llenado de la Hoja de Referencia debe ser realizada por un profesional de la salud.

¿Por qué es importante?

Permite ofrecer una alternativa de atención más propicia a su circunstancia y se da con la intención de darle la alternativa para atender su problemática.

¿Qué elementos la integran?

- Datos de identificación.
- Domicilio del usuario o usuaria.
- Motivo de la referencia.
- Datos del establecimiento que refiere.
- Datos del establecimiento receptor.
- Diagnóstico clínico.
- Nombre y Firma del Responsable del Establecimiento.
- Nombre, Firma y Cédula del Personal que refiere.

Figura 7 Hoja de Referencia (STCONADIC, 2010)
(Anexo 7)

HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA

HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE		Referencia / Contrareferencia No. de registro:		
		Fecha de referencia / contrareferencia:		
		Hora de referencia / contrareferencia:		
		Urgencia		SI
Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno
Edad		Sexo		
Domicilio particular: Calle		Número		
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:		Entidad federativa
Código postal				
Motivo del envío:				
Diagnóstico:				
Establecimiento al que se refiere:				
Domicilio del establecimiento: Calle		Número		Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:		Entidad federativa
Código postal				
Nombre del personal que refiere, firma y cargo				

HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA USUARIO		Referencia / Contrareferencia No. de registro:		
		Fecha de referencia / contrareferencia:		
		Hora de referencia / contrareferencia:		
		Urgencia		SI
Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno
Edad		Sexo		
Domicilio particular: Calle		Número		
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:		Entidad federativa
Código postal				
Establecimiento que refiere:				
Domicilio: Calle		Número		Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:		Entidad federativa
Código postal				
Establecimiento al que se refiere (receptor):				
Domicilio: Calle		Número		Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:		Entidad federativa
Código postal				
Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento):				
Diagnóstico clínico:				
Observaciones:				
Responsable del establecimiento		Personal que refiere		
Nombre	Firma	Nombre	Firma	

2.- Ingreso

El ingreso es el procedimiento administrativo, que se da una vez que se cumplen los criterios de inclusión para recibir tratamiento al interior del establecimiento. A continuación se describen los documentos que deberán de integrarse en el expediente clínico.

Los documentos que se anexan al expediente en esta fase son los siguientes:

- 2.1** Nota de ingreso
- 2.2.** Inscripción al servicio de Salud
- 2.3** Estudio socioeconómico
- 2.4** Consentimiento informado

2.5 Apartado de confidencialidad y protección datos personales acorde a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

2.6 Compromiso de Continuidad del Tratamiento Médico

2.7 Costos del tratamiento y/o convenio o contrato por pago de servicios.

2.8 Hoja de notificación al Ministerio Público, en el caso de ingreso involuntario.

A continuación se describe cada uno de ellos.

2.1 Nota de Ingreso

¿Qué es?

Es el documento que recaba el profesional de salud para obtener información general del motivo de consulta y problemas relacionados al consumo de sustancias del paciente. (Ver figura 8 y anexo 8).

¿Por qué es importante?

Para establecer una impresión diagnóstica y elaborar un plan de tratamiento.

¿Qué elementos la integran?

- Fecha y hora de elaboración.
- Datos de la persona (nombre, sexo y edad).
- Motivo de Consulta.
- Exploración física.
- Descripción general del estado de salud.
- Impresión Diagnóstica.
- Plan de tratamiento.
- Datos de la familia o representante legal.
- Nombre, firma y número de cédula profesional del profesional de salud.

Figura 8 Nota de Ingreso
(Anexo 8)

NOTA DE INGRESO

Fecha y hora de ingreso: _____ No. de expediente: _____

1. Datos del usuario/a

Nombre completo: _____
 Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Teléfono(s): _____
 Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____

¿Cuántos ingresos previos ha tenido en el establecimiento? ____ Fecha (s): _____

¿Lo refiere alguna institución? () Si () No ¿Cuál? _____

¿Presenta hoja de referencia? () Si () No ***EN CASO AFIRMATIVO ANEXAR AL EXPEDIENTE**

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

Motivo de consulta: _____

Descripción breve del estado de salud general del usuario/a: _____

2. Datos del familiar o representante legal

Nombre: _____
 Edad: _____ Ocupación: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono(s): _____

3. Criterios clínicos de inclusión al tratamiento *IDENTIFICAR LOS CRITERIOS DE

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) consecuencia asociada 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, firma entrevistador/a: _____

Cargo: _____

2.2. Inscripción al Servicio de salud

¿Qué es?

Es el documento comprobatorio de que la persona usuaria cuenta con un seguro de salud médica.

¿Por qué es importante?

Debido a si la persona usuaria, al interior del establecimiento presenta alguna complicación de salud y que ésta no pueda ser tratada, se tenga la garantía de un servicio de salud que pueda darle atención médica oportuna; de no contar con él puede ser tramitada por la familia e incluso el establecimiento puede apoyar al respecto.

¿Qué incluye?

Carnet o documento que contenga los datos generales de la persona, su clínica de adscripción y la descripción de los servicios de salud a los que tiene derecho.

2.3 Estudio socioeconómico

¿Qué es?

Es un documento que aplica normalmente el profesional de trabajo social, a través de una entrevista en la que se investiga las condiciones socio-económicas de las y los usuarias/os (Ver figura 9 y anexo 9).

¿Por qué es importante?

Permite dar cuenta de la situación contextual y psicosocial en el que se desenvuelve la y el usuario/a y su familia, en éste se consideran aspectos como los recursos personales, socio-familiares y económicos con que cuentan.

¿Qué incluye?

Se realizan preguntas relacionadas con la identificación familiar, ingresos y egresos familiares, vivienda, servicios, alimentación, datos familiares significativos, ambiente escolar, laboral y comunitario, servicios comunitarios, diagnóstico social, cuota de recuperación y observaciones generales.

Figura 9 Estudio Socioeconómico
(Anexo 9)

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

No. Expediente: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

1.- Datos Generales del/a paciente:

Nombre: _____ Sexo: F () M () Edad: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nivel de Estudios: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Derechohabiente: Si () No () a: _____ Religión: _____

Idioma o dialecto: _____

Domicilio: _____

Calle y # Colonia C.P. Alcaldía o Municipio

Estado: _____ Teléfonos: _____

Familiar responsable: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Calle y # Colonia C.P. Alcaldía o Municipio

Estado: _____ Teléfonos: _____

2.- Condiciones económicas:

Persona que Aportan	Ingreso Mensual	Desglose de Gastos	Egreso Mensual
Jefe/a de familia		Alimentación/Despensa	
Esposo/a		Renta/hipoteca	
Hijo/a		Predio	
Otros		Agua	
Total		Luz	
		Gas	
		Teléfono	
		Gastos escolares	
		Gastos en Salud	
		Transporte	
		Servicios Domésticos	
		Consumo Adicionales	
		TOTAL	

Número total de integrantes: _____

Relación Ingreso – Egreso: _____

Relación Ingreso- Número dependientes económicos: _____

Situación Económica:

Déficit: _____ Equilibrio: _____ Superávit: _____

Ocupación del principal proveedor económico: _____

2.4 Formato de Consentimiento Informado

¿Qué es?

Es el acuerdo por escrito, mediante el cual el usuario/a del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en el tratamiento, con pleno conocimiento y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009) En los establecimientos residenciales con el modelo Mixto y Profesional pueden existir ingresos voluntarios, involuntarios y obligatorios por lo que en este apartado se mostrarán los formatos de consentimiento voluntario e involuntario, así como el del ingreso a menores de edad (figuras 10, 11 y 12 respectivamente).

¿Por qué es importante?

En éstos formatos se muestra el acuerdo por escrito de ambas partes, para ofertar y recibir el tratamiento, los protege legalmente.

Es necesario considerar el tipo de ingreso que se haya llevado a cabo, voluntario o involuntario, ya que en éste último se debe contar con la petición familiar, la notificación al Ministerio Público y la recomendación médica.

En el caso de menores de edad es importante que el consentimiento sea firmado por los padres, tutores o responsables legales.

¿Qué incluye?

El documento deberá contener:

- 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 del usuario/a.
- Nombre completo y firma del director/a o responsable en turno.
- Nombre completo y firma de dos testigos/as.

Figura 10 Consentimiento Informado Adultos/as
(Anexo 10)

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 SEXO DEL/LA USUARIO/A, con *AGREGAR 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 AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO. El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL O MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante el proceso de tratamiento, lo que implica proporcionar información veraz y fidedigna al momento de la evaluación, realizar las actividades asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales 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 éste; 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 y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

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

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

Figura 11 Consentimiento Informado Ingreso Involuntario Adultos/as
(Anexo 11)

CONSENTIMIENTO INFORMADO INGRESO INVOLUNTARIO ADULTOS/AS

No. De Expediente: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Por parte del familiar, representante legal o tutor/a:

Por medio de la presente, yo: *AGREGAR NOMBRE DEL PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR/A, declaro haber sido informado 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 el consumo de AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO a mí: AGREGAR PARENTEZCO CON EL USUARIO/A (hijo/a, sobrino/a, representado/a), *AGREGAR NOMBRE DEL NOMBRE DEL USUARIO/A, de sexo *AGREGAR SEXO DEL USUARIO/A, con *AGREGAR EDAD años de edad.

El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL Y MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante todo el proceso de tratamiento de mi familiar con la finalidad de lograr su abstinencia y facilitar su recuperación, lo cual implica asistir a las sesiones asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales de la salud. En caso necesario y al no obtener los resultados esperados, acepto se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención a donde puede acudir mi familiar y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

Tengo conocimiento de que la relación entre mi familiar con personal del establecimiento, será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado/a respecto a las características del tratamiento en el que participará mi familiar, los procedimientos *ESPECIFICAR CUÁLES (médicos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios o paliativos), los riesgos que implica, los costos, así como los beneficios esperados, y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.



Figura 12 Consentimiento Informado Niños, Niñas y Adolescentes
(Anexo 12)

CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

No. De Expediente: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Por parte del familiar, representante legal o tutor/a:

Por medio de la presente, yo: *AGREGAR NOMBRE DEL PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR/A, declaro haber sido informado 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 el consumo de AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO a mí: AGREGAR PARENTEZCO CON EL USUARIO/A (hijo/a, sobrino/a, representado/a), *AGREGAR NOMBRE DEL NOMBRE DEL USUARIO/A, de sexo *AGREGAR SEXO DEL USUARIO/A, con *AGREGAR EDAD años de edad.

El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL O MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante el proceso de tratamiento de mi familiar con la finalidad de lograr su abstinencia y facilitar su recuperación, lo cual implica asistir a las sesiones asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales de la salud. En caso necesario y al no obtener los resultados esperados, acepto se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención a donde puede acudir mi familiar y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

Tengo conocimiento de que la relación entre mi familiar con personal del establecimiento, será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado respecto a las características del tratamiento en el que participará mi familiar, los procedimientos *ESPECIFICAR CUÁLES (médicos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios o paliativos), los riesgos que implica, los costos, así como los beneficios esperados, y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.

2.5 Apartado de confidencialidad y protección de datos personales

¿Qué es?

Es un apartado o párrafo contenido en el **consentimiento informado**, en donde se establece el compromiso del establecimiento a manejar la información recabada con estricta confidencialidad y protección de sus datos personales en apego a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

¿Por qué es importante?

Para garantizar la confidencialidad en el manejo de los datos personales.

¿Qué incluye?

Párrafo o apartado en donde se especifica la confidencialidad de la información otorgada, salvo exclusiones de ley y de salud. Y puede también señalar ciertas condiciones para su difusión, pero especificando que siempre se hará con previa información y aceptación de misma.

Ejemplo de Párrafo de Apartado de confidencialidad
en Consentimiento Informado pág. 2
(Anexo 10, 11 y 12)

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 ningún otra persona, si no es bajo el consentimiento escrito del usuario/ o representante legal o familiar responsable, 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.

2.6 Compromiso continuidad del tratamiento médico

¿Qué es?

Oración o párrafo, normalmente contenido en el **consentimiento informado**, en donde se especifica que previo al ingreso existe una condición de salud que requiere la continuidad de un tratamiento médico o farmacológico, que 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 (familiares o persona legal responsable).

¿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.

¿Qué debe contener?

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.

Párrafo de continuidad del tratamiento médico
en Consentimiento Informado
(Anexo 10, 11 y 12)

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 éstos sean proporcionados por: *DESCRIBIR LA POLÍTICA QUE EL ESTABLECIMIENTO APLICARÁ PARA PROPORCIONAR MEDICAMENTOS A LOS USUARIOS, existan los estudios y recetas avaladas por un médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que el menor de edad requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le brindará toda la información a los familiares. En el caso de que el usuario/a requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a los familiares y se trasladará a algún hospital del segundo nivel de atención.

2.7 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 el usuario, 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.
- La indicación de que el familiar responsable, tutor o representante legal del usuario 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.
- Tipo del servicio de hospitalización, por ejemplo, el tipo de habitación destinada al usuario.
- 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 del paciente.
- 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 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.

2.8 Hoja de Notificación al Ministerio Público

En aquellos ingresos involuntarios es necesario avisar a los órganos de procuración de justicia (fig. 13). De acuerdo con la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico esta hoja deberá contener, lo siguiente:

- Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;
- Fecha de elaboración;
- Identificación del paciente;
- Acto notificado;
- Reporte de lesiones del paciente, en su caso;
- Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y
- Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

Fig.13. (Anexo 13). Ejemplo de formato para la notificación al ministerio público

Nombre de la Unidad Médica	1
No. De Notificación	2
Fecha:	3
Hora de Notificación	4
Responsable de notificación	5

FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACION DE CASO MÉDICO LEGAL

Se notifica a la autoridad que el/la paciente			
Nombre: (6)		Edad (7)	Sexo (8)
Ubicado en la cama (9)		Del servicio (10)	
Con Hora de Ingreso (11)		Número de Expediente (12)	

Diagnóstico (13)

Descripción de lesiones (14)

Lo que comunico a Usted, para que proceda como corresponda, en el ámbito de sus atribuciones, si usted considera pertinente a la brevedad posible. No omito manifestarle que el personal adscrito a este establecimiento no cuenta con facultades de ninguna índole para detener y/o custodiar a persona alguna.

Nombre y firma del personal médico que Notifica (15)	Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación (16)	
	Nombre	Sello
	Cargo	
	Fecha y Hora	
	Firma	

3. Evaluación

Es una fase en la que se aplican una serie de instrumentos para obtener información acerca del padecimiento actual, antecedentes familiares, consecuencias, intervenciones previas, etc., con la finalidad de determinar el tratamiento más adecuado a las necesidades.

Algunos de los instrumentos sugeridos, más no limitativos se enlistan y definen a continuación:

3.1 Historia Clínica-Médica/Evaluación médica

¿Qué es?

Es un documento que realiza personal médico y recaba información del estado de salud del/a paciente. (Ver figura 14)

¿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.
- 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 14 Historia Clínica
(Anexo 14)

HISTORIA CLÍNICA

Fecha y hora:	Edad:	No. de expediente:					
Nombre del paciente:	Sexo:						
1.- Padecimiento Actual:							
¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? ¿Cuál?							
¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto medicando? ¿Cuál?							
Factores desencadenantes:							
Evolución:							
Estado actual (Incluir datos de patrón de consumo, abstinencia):							
2.- Antecedentes:							
2.1 Heredofamiliares	Enfermedad crónica-degenerativa	Infecto-contagiosas	Alérgicas	Eventos traumáticos	Consumo de sustancias y/o con Problemas de Adicción.	Otras enfermedades mentales	Causas de defunción
a) Padres							
b) Hermanos							
c) Cónyuge							
d) Hijos							
e) Colaterales							
f) Convivientes							
2.2 Personales no patológicos							
a) Estrato socioeconómico							
b) Habitación							
c) Higiene							
d) Alimentación							
e) Inmunizaciones							
2.3 Personales Patológicos							
a) Fiebres eruptivas							
b) Cuadros infecciosos y parasitarios							

3.1.1 Exámenes de laboratorio y gabinete ¿Qué son?

Los exámenes de laboratorio y de gabinete, son procedimientos o estudios que requieren de muestras biológicas del cuerpo (extracciones de sangre, piel, orina, heces, entre otros) y/o estudios de gabinete, los cuales son métodos no invasivos, obtenidos a través de imágenes, con los cuales se revela el estado actual de salud.

¿Por qué son importantes?

En los establecimientos de atención a las adicciones, se solicitan con la intención de conocer el estado actual de salud de la persona usuaria y saber de la necesidad de atender algún hallazgo y/o la certeza de que puede participar libremente en las actividades al interior sin afectar su salud.

¿Qué elementos la integran?

La integración de dichos estudios estará en función de la sintomatología que se identifique y a la solicitud del personal médico tratante. Sin embargo, algunos de los estudios que deben incluirse son:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Examen general de Orina
- Prueba de función hepática
- Electrocardiograma

3. 2. Evaluación Psicológica

¿Qué es?

Es una evaluación psicológica, que se realiza por medio de una entrevista dirigida y puede incluir la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, que tiene por objetivo identificar la problemática respecto al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, con la intención de establecer el plan de recuperación. En dicho plan debe contemplarse diversas áreas de rehabilitación que deben abordarse tanto a nivel individual, grupal y familiar.

¿Por qué es importante?

Nos permite obtener un diagnóstico e identificar si existe presunción de alguna comorbilidad mental o trastornos asociados, que den pauta a la pertinencia de hacer una valoración adicional e integral, con especialistas; además permite la construcción de un plan de tratamiento psicológico, acorde a las necesidades específicas.

¿Qué elementos la integran?

Historia clínica psicológica/entrevista inicial, instrumentos de tamizaje, pruebas psicométricas, diagnóstico clínico y plan de tratamiento individualizado.

En este apartado ya se realizó la Entrevista Inicial en el pre-ingreso por lo que no es necesario realizarla nuevamente a menos que cambie la situación del usuario-

3.3 Evaluación socio-familiar

¿Qué es?

Es un documento que obtiene información sobre las características del contexto tanto familiar como social de la o el individuo que normalmente aplica el personal en Trabajo Social.

¿Por qué es importante?

A partir de su aplicación, es posible identificar factores de protección en diversas áreas de la vida, redes de apoyo, esto con la finalidad de disminuir factores de riesgo para la conducta del consumo y así prevenir posibles recaídas.

¿Qué incluye?

Incluirá al menos los siguientes apartados:

- Área familiar/individual, incluye interrogantes relacionadas con la estructura familia, sus relaciones, cambios, recursos familiares para afrontar cambios vitales factores protectores y de riesgo.
- Área de apoyo social y el entorno: grado de estudios, recursos económicos y culturales de la familia, participación social de la familia y paciente.
- Análisis del problema: naturaleza del problema, estudio de la situación, recursos empleados para su enfrentamiento y potencialización de nuevos.

Esta evaluación se realiza también en la aplicación del estudio socioeconómico por lo que no es necesario aplicarla nuevamente en esta fase.

3.4 Valoración de enfermería

¿Qué es?

Es un proceso que constituye la primera fase del contacto de enfermería, es planificado, sistemático, continuo y deliberado de obtención e interpretación de datos sobre el estado de salud del/a paciente, a través de diversas fuentes.

¿Por qué es importante?

Con este proceso se puede identificar en cada momento la condición de salud del/a paciente y la respuesta a la misma.

¿Qué incluye?

- ◆ Obtención de datos, que sea útil, necesaria y completa.
- ◆ Evaluación de los datos acopiados para poder emitir un juicio clínico.

En este apartado se puede integrar las hojas de enfermería a partir de las indicaciones médicas.

4. Tratamiento

Es el proceso que otorgan los establecimientos residenciales de tratamiento en adicciones, a través de una sucesión de intervenciones específicas hasta el logro de niveles deseables de bienestar y salud mental.

¿Qué documentos se incluyen durante el tratamiento?

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

4.1 Plan de tratamiento (Incluye el psicológico, médico, social).

4.2 Plan de Consejería Individual (Aplica para establecimientos mixtos).

4.3 Notas de evolución

4.3.1 Notas médicas

4.3.2 Hojas de enfermería

4.3.3 Notas psicológicas

4.3.4. Notas de trabajo social

4.3.5. Notas de Interconsulta

4.3.6 Notas de evolución de consejería (Aplica para establecimientos mixtos).

4.1 Plan de tratamiento

¿Qué es?

El plan de tratamiento es la planificación de estrategias que plasman en conjunto en una junta clínica los profesionales de salud, que realizaron previamente la valoración y el diagnóstico al paciente, es decir las áreas médica, enfermería, psicológica y social. Que tiene como finalidad ayudar al/a paciente a reducir los riesgos y el consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo incrementar su grado de bienestar físico, emocional y social (ver figura 15).

¿Por qué es importante?

Porque es la guía que elaboran los profesionales de la salud en conjunto, ajustada a las necesidades expresadas e identificadas del/a paciente y los recursos disponibles de la atención. En el plan de tratamiento se resumen las metas y objetivos que se esperan obtener.

¿Qué incluye?

- Datos generales
- Resultados de las valoraciones médica, psicológica y trabajo social.
- Estado Físico
- Riesgos en salud.
- Objetivos terapéuticos.
- Metas a corto, mediano y largo plazo.
- Firmas y cédulas de los profesionales en salud.

Figura 15 Plan de Tratamiento
(Anexo 15)

PLAN DE TRATAMIENTO		
Datos de Identificación del/a usuario:		
Nombre:		Fecha:
Sexo:	Edad:	Expediente:
Resultado de las valoraciones (médica, psicológica y de trabajo social)		
Estudios Médicos realizados durante la valoración:		
Diagnóstico médico:		
Pruebas aplicadas durante la valoración psicológica:		
Diagnóstico psicológico :		
Situación familiar, social, laboral y/o escolar:		
Diagnóstico Social:		
Estado Físico:		

4.2 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 16)

PLAN DE CONSEJERIA INDIVIDUAL

No. expediente: _____

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

4.3 Notas de Evolución

¿Qué son?

Las notas de evolución son el registro que realiza cada profesional de salud después de otorgar la atención requerida, deja constancia por escrito de la evolución y actualización del estado de salud clínico y se archiva en el expediente, junto con reportes, estudios u otros documentos que se hayan empleado.

¿Por qué son importantes?

Porque a través de éstas se registra la secuencia de los avances o dificultades que está presentando el/la consultante en el proceso de su rehabilitación.

¿Qué deben de incluir?

Las notas deben ser claras y concisas, señalando todos los hechos trascendentes, la periodicidad de las notas de evolución irá en concordancia con el cuadro clínico, desde el punto de vista de su severidad o gravedad.

Los elementos generales que incluyen las notas son: nombre del usuario/a, edad, sexo, fecha, hora, número de sesión, nombre de la sesión, resumen de la sesión, tareas a realizar, plan de tratamiento, fecha de próxima sesión, nombre, firma y cédula profesional. Sin embargo, a continuación se revisará cada una de las características de las notas de evolución médicas, psicológicas, de trabajo social, enfermería y de interconsulta.

4.3.1 Nota de Evolución Médica

¿Qué debe contener?

- ❖ 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 (dosis, vías de administración y periodicidad).
- ❖ Nombre completo, firma y cédula profesional.

3. Gráfica de signos vitales
4. Suministro de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5. Procedimientos realizados
6. Valoración del dolor (localización y escala)
7. Nivel de riesgo de caídas y/o recaídas
8. Observaciones
9. Nombre completo, firma y cédula profesional (si aplica) de quien elabora.

Figura 18. Hoja de enfermería (anexo 18)

HOJA DE ENFERMERÍA														
REGISTROS CLÍNICOS, ESQUEMA TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA														
Establecimiento				Servicio o Área				Cama / Camilla						
Nombre:				N.S.S. y Agregado:				Edad:		Grupo RH				
Sexo	Masculino	Femenino	Dx. Médico:				DM () HAS () Otros							
Fecha:		Días de Hospitalización:												
FC	TI	YC	Horas 8:00	12:00	16:00	20:00	24:00	4:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00	4:00
170	36	41												
160	35													
150	34	40												
140	33													
130	32	39												
120	31													
110	30	38												
100	29													
90	28	37												
80	27													
70	26	36												
60	25													
50	24	35												
Tensión Arterial														
P. V. C.														
Frec. Respiratoria														
Código de Temperatura														
Talla / Estatura														
Peso														
Perímetro														
Fórmula														
Dieta														
Líquidos orales														
TOTAL														
CONTROL DE LÍQUIDOS														
INGRESOS														
Líquidos parenterales														
Electrolitos														
Componente Sangre														
Vía Oral														
Sonda														
Hemoderivados														
Nutrición total parenteral														
Sol. i.v.														
Medicamentos														
Otros														
EGRESOS														
Uretritis														
Características Orina														
Evacuaciones														
Hemorragias														
Vómitos														
Aspiración														
Drenajes														
/ TURNO														
MATUTINO														
VESPERTINO														
NOCTURNO														
24 HRS														
MATUTINO														
VESPERTINO														
NOCTURNO														
24 HRS														
Total Ingresos														
Total Egresos														
Balance de Líquidos														
Est. Lab. Programados														
Est. Lab. Realizados														
Est. Gab. Programados														
Est. Gab. Realizados														
Int. Qx. Programados														
Int. Qx. Realizados														
Medicación														
Fecha/Hora														
Fecha/Hora														
Fecha/Hora														
Fecha/Hora														
Nombre de quién administra														
Firma de quién administra														
Medicamento:														
Dosis:														
Frecuencia:														
Vía:														
Medicamento:														
Dosis:														
Frecuencia:														
Vía:														

MEDICAMENTOS																																																																																											
ESCALAS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">MATUTINO</th> <th colspan="4">VESPERTINO</th> <th colspan="4">NOCTURNO</th> <th colspan="2">HORAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Riesgo úlceras por presión</td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Dolor (EVA) 0-10</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Riesgo de caídas</td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Fiebril (Maddox)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>													MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS		Riesgo úlceras por presión	A	M	B		A	M	B		A	M	B				Dolor (EVA) 0-10															Riesgo de caídas	A	M	B		A	M	B		A	M	B				Fiebril (Maddox)																		
		MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS																																																																													
	Riesgo úlceras por presión	A	M	B		A	M	B		A	M	B																																																																															
	Dolor (EVA) 0-10																																																																																										
	Riesgo de caídas	A	M	B		A	M	B		A	M	B																																																																															
	Fiebril (Maddox)																																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">MATUTINO</th> <th colspan="4">VESPERTINO</th> <th colspan="4">NOCTURNO</th> <th colspan="2">HORAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Riesgo úlceras por presión</td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Dolor (EVA) 0-10</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Riesgo de caídas</td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td>A</td><td>M</td><td>B</td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Fiebril (Maddox)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>													MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS		Riesgo úlceras por presión	A	M	B		A	M	B		A	M	B				Dolor (EVA) 0-10															Riesgo de caídas	A	M	B		A	M	B		A	M	B				Fiebril (Maddox)																		
		MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS																																																																													
	Riesgo úlceras por presión	A	M	B		A	M	B		A	M	B																																																																															
	Dolor (EVA) 0-10																																																																																										
Riesgo de caídas	A	M	B		A	M	B		A	M	B																																																																																
Fiebril (Maddox)																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>P.F.</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th> <th>10</th><th>11</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th> <th>10</th><th>11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												P.F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1												1											2												2																					
P.F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																																																					
1												1																																																																															
2												2																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tipo / Calibre</th> <th colspan="2">Fecha instalación</th> <th colspan="2">Sitio incisión</th> <th colspan="2">Curación / Retiro</th> <th colspan="2">Tipo / Calibre</th> <th colspan="2">Fecha instalación</th> <th colspan="2">Sitio incisión</th> <th colspan="2">Curación / Retiro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. Peritoneo</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>C. Peritoneo</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C. Central</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>C. Central</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>S. Gástrica</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>S. Gástrica</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>S. Vesical</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td>S. Vesical</td> <td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												Tipo / Calibre		Fecha instalación		Sitio incisión		Curación / Retiro		Tipo / Calibre		Fecha instalación		Sitio incisión		Curación / Retiro		C. Peritoneo										C. Peritoneo						C. Central										C. Central						S. Gástrica										S. Gástrica						S. Vesical										S. Vesical					
Tipo / Calibre		Fecha instalación		Sitio incisión		Curación / Retiro		Tipo / Calibre		Fecha instalación		Sitio incisión		Curación / Retiro																																																																													
C. Peritoneo										C. Peritoneo																																																																																	
C. Central										C. Central																																																																																	
S. Gástrica										S. Gástrica																																																																																	
S. Vesical										S. Vesical																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Apoyo Ventilatorio</th> <th colspan="2">TQ / CGT</th> <th colspan="2">Vent. Mecánica</th> <th colspan="2">Puritan</th> <th colspan="2">Microneb.</th> <th colspan="2">Ejerc. Resp.</th> <th colspan="2">Oxg x PIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												Apoyo Ventilatorio		TQ / CGT		Vent. Mecánica		Puritan		Microneb.		Ejerc. Resp.		Oxg x PIN																																																																			
Apoyo Ventilatorio		TQ / CGT		Vent. Mecánica		Puritan		Microneb.		Ejerc. Resp.		Oxg x PIN																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">HORAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="12"></td> </tr> </tbody> </table>												HORAS																																																																															
HORAS																																																																																											
SIGNOS Y SONIDOS																																																																																											
PRUEBAS DE LABORATORIO																																																																																											
JUEGO CLÍNICO																																																																																											
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA																																																																																											
BENEFICIO EVOLUCIÓN																																																																																											
OBS.																																																																																											
Nombre, cédula profesional y firma del personal responsable de Enfermería:																																																																																											

4.3.3 Nota de Evolución psicológica

En la atención psicológica deberá procurarse se incluya atención individual, grupal y familiar. En la nota de evolución se registran las acciones realizadas durante las sesiones terapéuticas por parte del personal de psicología.

¿Qué incluye? (Ver figura 19)

- ✓ Número de expediente,
- ✓ Datos generales del/a usuaria (nombre, edad, sexo),
- ✓ Fecha, hora y número de sesión.
- ✓ Objetivos de la sesión.
- ✓ Resumen de la sesión (actividades y estrategias aplicadas)

- ✓ Resultados de la sesión (conducta y disposición)
- ✓ Tareas
- ✓ Plan para la siguiente sesión.
- ✓ Observaciones
- ✓ Fecha de la siguiente sesión
- ✓ Nombre, firma del/a profesional de psicología y cédula profesional.

Figura 19 Nota de Evolución Psicológica
(Anexo 19)

NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

No. de expediente: _____

Nombre del usuario/a:	Edad:	Sexo:
Fecha:	Hora:	No. de sesión:
Objetivo de la sesión:		
Resumen de la sesión (actividades y estrategias aplicadas):		
Resultados de la sesión (conducta y disposición)		
Plan terapéutico para la siguiente sesión:		
Actividades asignadas para el usuario:		
Observaciones:		
Fecha de la próxima sesión:		
Nombre completo, firma y cédula profesional psicología:		

4.3.4 Nota de Evolución Socio Familiar o de Trabajo Social

¿Qué incluye? (Ver figura 20)

- Número de expediente.
- Datos generales del usuario/a (nombre, edad, sexo).
- Fecha y hora de elaboración.
- Diagnóstico social,
- Objetivos e intervención social.
- Nombre y firma del/a trabajadora social y cédula profesional.
- Actividades asignadas usuario/a y familia.
- Observaciones.

Figura 20 Nota de Evolución Trabajo Social
(Anexo 20)

NOTA DE EVOLUCIÓN TRABAJO SOCIAL

Número de Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Diagnóstico social:

Objetivos e intervención social:

Actividades asignadas al usuario/a:

Actividades asignadas a la familia:

Observaciones:

Nombre y firma del/a trabajadora social y cédula profesional: _____

4.3.5 Solicitud y Notas de Interconsulta

Las notas de interconsulta se realizan como parte de un procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral, a solicitud del médico tratante.

¿Qué son?

Las notas de interconsulta son la comunicación entre dos profesionales de la salud. La solicitud tendrá que ser elaborada por el profesional de salud solicitante cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico con fecha y hora. (Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico., 2012). El profesional de salud consultado tendrá que responder por escrito (ver figura 21).

¿Por qué es importante?

Debido a que por ésta se establece comunicación entre los profesionales de salud y queda constancia del registro de la atención del/a paciente.

¿Cómo está constituida?

- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Datos generales.
- Signos vitales.
- Motivo de la atención.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, descripción de la condición del embarazo (si es el caso) y la prescripción de medicamentos.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 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 21 Solicitud y Nota de Interconsulta
(Anexo 21)

Solicitud de Interconsulta

Nombre del establecimiento:	Ciudad
Del Servicio de:	No. De Expediente:
Al Servicio de:	Fecha: _____ 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	Talla	
Motivo de la atención:						
Resumen del interrogatorio:						
Exploración física (descripción del embarazo si es el caso y la prescripción medicamentos y estado mental)						
Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de						
Diagnósticos o problemas clínicos:						
Criterio diagnóstico:						
Plan de estudio y/o tratamiento						
Sugerencia de tratamiento						
Pronóstico						
Nombre completo, firma y cédula profesional de salud:						

4.3.6 Notas de evolución de Consejería/Establecimientos Mixtos ¿Qué son?

Son documentos que permiten 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 figura22).

¿Por qué son importantes?

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 están constituidas?

- 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 la sesión.
- 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 22. Nota de Evolución de consejería
(Anexo 22)

NOTA DE EVOLUCIÓN 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:		

5. Proceso de Egreso

Se refiere a la salida del/la paciente de los servicios del establecimiento residencial, por cualquiera de los motivos siguientes: cumplimiento de los objetivos del internamiento/tratamiento; por traslado a otra institución; solicitud del usuario/a; solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor/a; abandono del internamiento sin autorización; disposición de la autoridad legal competente; por

defunción; estos motivos además pueden ser con o sin mejoría según la evaluación correspondiente. Los documentos que se utilizan en este proceso son:

- 5.1 Reporte final de consejería y plan de seguimiento (este se llena además en el caso de los establecimientos mixtos).
- 5.2 Nota de Egreso
- 5.3 Cuestionario de Satisfacción del tratamiento-

A continuación, se describe cada uno de estos.

5.1 Reporte final de consejería y plan de seguimiento

¿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 individual, así como el cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de recuperación (ver figura 23).

¿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 figura 23 y anexo 23).

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 individual.
- Se alcanzó el objetivo general del plan (sí o no). Fundamentalmente.
- 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 23. Reporte Final de consejería
(Anexo 23)

Reporte Final de Consejería			Plan de Seguimiento	
Fecha _____				
Nombre del usuario/a:	Expediente No.:		1er. seguimiento	
Centro de tratamiento:	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Plazo:	Fecha programada:
Motivo de ingreso:			Objetivos:	
Objetivo general del plan de atención individual:			Instrumentos y/o formatos:	
Se alcanzó el objetivo general del plan: (SI) (NO) Fundamente:			Personas que acuden:	
Resumen de la evolución y estado actual:			Temas a abordar:	
Principales temáticas abordadas:	Número de sesiones realizadas:		2do. seguimiento	
Metas y objetivos logrados durante el proceso de atención:			Plazo:	Fecha programada:
Conclusiones del proceso de atención y comentarios finales:			Objetivos:	
Motivo de egreso:			Instrumentos y/o formatos:	
Tipo de egreso Alta conclusión de tratamiento () Baja abandono terapéutico () Baja temporal referencia () Deceso () Pronóstico			Personas que acuden:	
			Temas a abordar:	
			3er. seguimiento	
			Plazo:	Fecha programada:
			Objetivos:	
			Instrumentos y/o formatos:	
			Personas que acuden:	
			Temas a abordar:	

5.2 Nota de egreso

¿Qué es?

Documento mediante el cual se hace constar que se concluyó con su tratamiento o salió del mismo. Es llenada en letra legible por el/la profesional de salud responsable (ver figura 24).

¿Por qué es importante?

En general como todos los registros, es importante el llenado de la Nota de egreso con la finalidad de tener un documento soporte para conocer la razón por la cual se dio salida, la gestión y manejo de personas internadas, además queda evidenciada la

responsabilidad ante alguna situación legal, por parte del y la paciente o el establecimiento.

¿Qué elementos la integran?

Dicha nota se llena, generalmente al momento de que se da el egreso del establecimiento por las razones que se señalan en el documento.

Los elementos que la integran son:

- a) Número de expediente.
- b) Datos generales.
- c) Fecha de ingreso y egreso.
- d) Signos vitales: temperatura, talla, peso y frecuencia cardíaca.
- e) Motivo de egreso.
- f) Resumen de la evolución y descripción del estado actual del usuario/a.
- g) Problemas clínicos pendientes.
- h) Criterios de egreso.
- i) Información complementaria.
- j) Nombre y firma de conformidad.
- k) Nombre, firma y cédula profesional de personal médico y de psicología.
- l) Nombre y firma del encargado o responsable del establecimiento.

Figura 24 Nota de Egreso
(Anexo 24)

NOTA DE EGRESO

No de Expediente: _____

Nombre del usuario:	Edad:	Sexo:
Fecha de ingreso:	Fecha de Egreso	Hora
1. Motivo y tipo de egreso		
	Con mejoria	Sin mejoria
☐ El usuario cumplió los objetivos de tratamiento		
☐ Se trasladó a otra institución		
☐ A solicitud del usuario (sólo ingresos voluntarios)		
☐ A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor		
☐ Abandono del servicio sin autorización		
☐ Disposición de la autoridad legal competente		
☐ Defunción		
Otra ¿Cuál? _____		
2. Resumen de la evolución y del estado actual del usuario		
Área	Resumen	
Médica		
Psicológica		
Consejería		

5.3 Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento

¿Qué es?

Es una consulta por escrito, cuyo objetivo es conocer la opinión que tiene el usuario/a en relación al servicio que recibió durante su proceso de tratamiento y rehabilitación (ver figura 25).

¿Por qué es importante?

Por medio de este cuestionario, se identifica la satisfacción percibida con respecto al personal de salud tratante y con ello estos puedan obtener una retroalimentación de su trabajo realizado, para poder mantener un servicio de calidad.

¿Cómo está constituido?

- 20 enunciados de valoración de la satisfacción del rango que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.
- Comentarios y sugerencias.
- Nombre, cargo y firma de quien aplica la prueba.
- Fecha.

Figura 25 Hoja de Satisfacción con el tratamiento
(Anexo 25)

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

Durante las sesiones de atención 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. Identifiqué las consecuencias que me agradaban y que hacían que mantuviera mi consumo					
4. Reconocí las consecuencias negativas, daños y pérdidas que tuve ocasionadas					
5. Aprendí a evitar consumir ante la presencia de factores o razones por las que antes lo hacía					
6. Aprendí a resolver mis problemas					
7. Me siento 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 mi 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 a consumir, cuando me invitan o tengo oportunidad de hacerlo					

Comentarios y sugerencias: _____

Nombre y firma de quien aplica: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

6. Proceso de Referencia - Contra referencia

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 para resolver la problemática, se deberá enviar a otro lugar o nivel de atención en el que se asegure el acceso al

tratamiento necesario; para ello se deberá cumplir con los requisitos del establecimiento al que se le remitirá, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia y abstinencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo (STCONADIC, 2010).

El proceso de referencia 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 al momento de solicitar el servicio y 2) el procedimiento de referir a aquellos casos en los que no puedan ser atendidas en el establecimiento.

Una vez definida la situación de la persona en el mejor entorno de tratamiento, se puede referir a la instancia más conveniente. El análisis eficiente de todo ello facilitará la elección de la instancia terapéutica necesaria más adecuada, de acuerdo con el directorio estatal de centros de tratamiento. (STCONADIC, 2010)

6.1 Hoja de referencia

¿Qué es?

Referencia. - es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad. Generalmente es realizado por un profesional de la salud.

Contrarreferencia. - es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al establecimiento que refirió. (Ver figura 26)

¿Por qué es importante?

El propósito de la hoja es registrar los datos de identificación y clínicos, que resulten relevantes, para hacer más eficientes los procedimientos de

referencia/contrarreferencia, a los servicios que dan atención a los problemas de salud derivados del uso de sustancias psicoactivas.

El apartado inferior del formato de referencia, se le proporcionará a la/al consultante y/o a sus familiares o representante legal, quienes a su vez la entregarán al personal del establecimiento receptor. (STCONADIC, 2010).

Debe llenarse una vez que se detecte la gravedad o el motivo por los que se necesitan de los servicios de otra instancia de salud o que, al llegar al establecimiento, no cumplan con los criterios de inclusión al tratamiento y por ende se le refiera a otra instancia para su adecuado manejo. Debe ser llenada por el personal del establecimiento que tiene a su cargo la atención profesional del servicio.

¿Qué elementos la integran?

La parte superior es un talón que se conserva en el expediente que se encuentra en el establecimiento que refiere. Lleva la etiqueta “ESTABLECIMIENTO REFERIDOR”. Su manejo es responsabilidad del personal del establecimiento y se anotarán los siguientes datos:

1. Referencia/ contrarreferencia.
2. No. de registro.
3. Fecha de referencia.
4. Hora de referencia.
5. Urgencia.
6. Nombre del usuario/a.
7. Edad.
8. Sexo.
9. Domicilio particular del usuario/a.
10. Motivo del envío.
11. Motivo de la referencia.
12. Diagnóstico clínico.

13. Establecimiento al que se refiere.
14. Domicilio del establecimiento receptor.
15. Nombre del personal que refiere.
16. Observaciones

El formato de referencia es sugerido, sin embargo, se puede utilizar el que se maneje localmente.

Figura 26. Hoja de Referencia Contra referencia
(Anexo 7)

HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA			
HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE		Referencia / Contrareferencia No. de registro:	
		Fecha de referencia / contrareferencia:	
		Hora de referencia / contrareferencia:	
		Urgencia ☐ SI ☐ NO	
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno
Edad		Sexo ☐ M ☐ F	
Domicilio particular: Calle		Número	
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa
Código postal			
Motivo del envío:			
Diagnóstico:			
Establecimiento al que se refiere:			
Domicilio del establecimiento: Calle		Número	Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa
Código postal			
Nombre del personal que refiere, firma y cargo			
HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA USUARIO		Referencia / Contrareferencia No. de registro:	
		Fecha de referencia / contrareferencia:	
		Hora de referencia / contrareferencia:	
		Urgencia ☐ SI ☐ NO	
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno
Edad		Sexo ☐ M ☐ F	
Domicilio particular: Calle		Número	
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa
Código postal			
Establecimiento que refiere:			
Domicilio: Calle		Número	Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa
Código postal			
Establecimiento al que se refiere (receptor):			
Domicilio: Calle		Número	Número de teléfono
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa
Código postal			
Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento):			
Diagnóstico clínico:			
Observaciones:			
Responsable del establecimiento		Personal que refiere	
Nombre	Firma	Nombre	Firma

7. Proceso de Seguimiento

¿Qué es?

El proceso de seguimiento se refiere a la serie de actividades que normalmente el trabajador social o en su ausencia, la plantilla profesional de salud realiza con la

finalidad de dar continuidad a la rehabilitación del/la paciente o conocer las dificultades a las que se ha enfrentado.

Dichas actividades se realizan de manera presencial, telefónica o por alguna red social (Facebook, Instagram, Twitter...).

El reporte de seguimiento es un instrumento que tiene la finalidad de documentar las distintas situaciones que pudieran representar un riesgo de recaída y en su caso documentar los planes de acción que se puedan poner en marcha a fin de disminuir el riesgo y que debe estar contenido en expediente (ver figura 27).

¿Por qué es importante?

Generalmente una vez que el/la paciente termina su tratamiento, se ve expuesto/a a diferentes situaciones cotidianas, que pueden dar marcha a diferentes factores, tanto emocionales, familiares y sociales que ponen en riesgo su abstinencia.

Marlat (2008) define la situación de alto riesgo como cualquier situación que presenta una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de recaída.

Históricamente los estudios de seguimiento tienen las principales preocupaciones que son: 1) conocer su evolución a lo largo del tiempo después del tratamiento, analizando la relación de dicha evolución con variables del/la propio/a paciente, antes, durante y después del tratamiento y 2) evaluar la eficacia del tratamiento y conocer si un tratamiento es mejor que el no-tratamiento (García, 2007).

Por lo que el proceso de seguimiento implica la evaluación de cómo la persona responde a los distintos factores de riesgo, ya sea con estrategias efectivas que aumenten su confianza o con una respuesta poco efectiva que disminuyan la misma y favorezcan las probabilidades del consumo.

¿Qué elementos lo integran?

El reporte de seguimiento se sugiere sea llenado al mes, a los tres, seis y doce meses de haber egresado del establecimiento.

- Datos generales.
- Periodo de seguimiento.
- Objetivo de la sesión de seguimiento.
- Resumen de la Sesión.
- Tareas Asignadas.

Figura 27 Reporte de Seguimiento
(Anexo 26)

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:		
<u>Entrevista de seguimiento</u>		
<u>Consumo de sustancias</u>		
<u>Planes de acción para situaciones de riesgo de consumo</u>		
Tareas asignadas:		
Aspectos que se revisarán en el próximo seguimiento:		
Observaciones:		
Fecha de la próxima sesión:		
Nombre y firma del trabajador/a social:		

IV. Glosario

Adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009).

Adolescente, son las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Establecimientos especializados en adicciones, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, 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. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Expediente clínico, conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico., 2012).

Factor protector, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que una persona inicie o continúe un proceso adictivo. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Factor de riesgo, es el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 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, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Paciente, todo aquel usuario/a beneficiario directo de la atención médica. (Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico., 2012)

Pronóstico, al juicio médico basada en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad. (Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico., 2012)

Rehabilitación, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Responsable del establecimiento especializado 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, éste podrá ser una persona en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias

psicoactivas y en su proceso de rehabilitación. (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009)

Tratamiento, es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, 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 (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009).

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 sustancias psicoactivas (CONADIC, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009).

V. Referencias

- Beck. (1998). *Inventario de Sintomas de Ansiedad*.
- CONADIC. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- CONADIC. (2017). Marco Normativo de las Cédulas de Supervisión a establecimientos residenciales de atención a las adicciones .
- Cruz-Fuentes, López, Blas-Gracia, González, & Chavez. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de symptom check list (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28:72-81.
- Derogatis, L. (1975). *Fundación Foro*. Obtenido de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- García, S. G. (04 de 2007). *Los estudios de Seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión*. Obtenido de Elsevier: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-los-estudios-seguimiento-drogodependencias-una-13107766>
- Hser YI, G. C. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7):689-695.
- Jurado, S. V. (1998). La estandarización del inventario de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Marlat, G. A. (2008). La Prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual. En STCONADIC, *Manual del Programa de Prevención de Recaídas* (pág. 7). Mexico: Secretaria de Salud.
- NIDA. (2011). *La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- OMS. (2011). *ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Organización Mundial de la Salud.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., & Goodwin, F. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse, Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264 (19), 2511-2518.



- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 211-218.
- Rodríguez V. A, M. E. (09 de 06 de 2003). *Medigraphic*. Obtenido de Artemisa en Linea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036d.pdf>
- Salud, S. d. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Obtenido de Secretaria de salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
- Salud, S. d. (2017). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*.
- STCONADIC. (2010). *Guía de Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en Adicciones*. México: Secretaria de Salud.

VI. Anexos

Anexo 1 Entrevista Inicial

Objetivo

La entrevista inicial permite obtener información sobre diversos aspectos del/la usuario/a con respecto al problema consumo de sustancias y otras condiciones que es necesario conocer. Esta información es necesaria 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 éste ha ocasionado en la persona usuaria, 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 la misma, de forma que pueda ir leyendo y haciendo las preguntas correspondientes. Comente al/la usuario/a 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 coménteles 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 del/la usuario/a 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 al ingreso 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 a la persona usuaria 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 1=No 2=Si Tabaco 1 Nunca he fumado, 2 Fumo actualmente 3 ex fumador/a menor a un año, 4 ex fumador mayor a un año	Forma de consumo 1 Ingerida 2 Inyectada 3 Fumada 4 Inhalada 5 Otras	Frecuencia de días de consumo semanal	Cantidad consumida con más frecuencia por ocasión)	Edad de inicio de consumo
Alcohol					
Mariguana					

Cocaína					
Metanfetaminas					
Anfetaminas					
Inhalables					
Alucinógenos					
Drogas de diseño					
Medicamentos Estimulantes					
Medicamentos 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) Sí ____ (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 lo llevan a consumir? Ordénalas del 1 al 8, de acuerdo al 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) 1 = más frecuente, 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 otros/as (pleitos, discusiones)	
7. Momentos agradables con otros/as (disfrutar de la compañía de otras 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:

	5 Totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Neutral, ni de acuerdo ni en desacuerdo	2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo
1. Los miembros de mi familia acostumbramos 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 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) Si **¿Cuál?** _____

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

	Si/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 familia que viva con usted			

27. Cuando está con amistades o familiares, ¿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 adolescente (12-17 años). De lo contrario pase a la pregunta #42.

	Padre	Madre
29. ¿Tienes padre/madre?		
30. ¿Qué edad tienen?		
31. ¿Qué escolaridad?		
32. ¿A qué se dedican?		

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 automedicando? (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 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		
	Otro:		
Problemas por modificación en el cerebro	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 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 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 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)*

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.

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.

Comente a la persona usuaria 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 a 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. 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 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 la persona usuaria esté 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 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/una usuario/a que consume cerveza y ron, las respuestas correspondientes se ubican en los puntajes de “b”= bebidas alcohólicas.

Siguiendo con este ejemplo, si contestó 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 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: Aquellos/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: Las personas 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 quienes 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 la persona 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), la persona 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 de la persona 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. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina		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/la 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)

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

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

* (OMS, 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, hachis, etc.)	No	Si
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
f Inhalantes (óxido nitroso, 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

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?	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 nitroso, 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

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.)?	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 nitroso, 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 | ¿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 período 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)*

Objetivo

Es un inventario que evalúa síntomas de ansiedad y permite determinar el tipo de tratamiento que requiere la persona. 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 han presentado. El tiempo de aplicación del inventario varía de entre cinco a diez minutos.

Procedimiento de aplicación

Entregue al/a 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 a responder con la mayor sinceridad posible. Asegúrese que el inventario incluya los datos generales de la persona usuaria (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 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 a valoración psiquiátrica.

Ejemplo. Si se obtuvieron 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.

* (Beck, 1998)

Inventario síntomas de ansiedad (BECK)

Nombre: _____

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 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, 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 a la persona usuaria 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 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 generales (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/la 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 resaltarlo 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 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 se obtuvieron 33 puntos, que corresponde al nivel de depresión “Severa” y se mencionó que le gustaría suicidarse, lo que se tiene que hacer es referirlo con el especialista para que reciba atención psiquiátrica, quien valorará posible comorbilidad o patología dual; 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, 1998)

Inventario síntomas de Depresión (BECK/BDI)**Nombre:** _____**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 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	0. No siento que me estén castigando 1. Siento que me podrían castigar 2. Creo que me van a castigar 3. Siento que se me ha castigado
3	0. En general tengo esperanzas en mi futuro 1. Me siento sin esperanzas por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 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 1. Estoy desilusionado/a de mí mismo/a 2. Estoy disgustado/a conmigo mismo/a 3. Me odio

5	0. No me siento como un fracasado/a 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
6	0. No siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mí mismo/a por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
7	0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía tenerla antes 1. No disfruto de las cosas como antes 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo
8	0. No tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
9	0. No me siento culpable 1. Me siento culpable gran parte del tiempo 2. Me siento culpable casi todo el tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo
10	0. No lloro más de lo normal 1. Lloro más que antes 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que tengo ganas

11	0. No me siento irritable 1. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irrito por las cosas por las que me irritaba antes
12	0. Mi apetito es igual que siempre 1. Mi apetito no es tan bueno como antes 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo nada de apetito
13	0. No he perdido interés en la gente 1. Estoy menos interesado en la gente que antes 2. He perdido mucho interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente
14	0. No he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos
15	0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Dejo para después varias decisiones que necesito tomar 2. Ahora se me hace más difícil tomar decisiones 3. No puedo tomar decisiones
16	0. No estoy más preocupado/a por mi salud que antes 1. Estoy preocupado/a por mis problemas de salud física como dolores, malestar estomacal o dificultad para respirar 2. Estoy preocupado/a por problemas de mi salud física y se me hace difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud física que no puedo pensar en nada más

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

Nombre y firma de quien aplica la prueba: _____

Cargo: _____

Puntaje obtenido: _____

Nivel de depresión: _____

Anexo 5 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 el individuo 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 generales (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/la usuario/a y obtenga el puntaje total, 2) utilice la tabla que se muestra a continuación para identificar los síntomas de psicosis 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 Total	Nivel de Molestia
55 – 72	Severa
37 – 54	Moderada
19 – 36	Mínima
0 – 18	Leve

Ejemplo: Si la persona usuaria 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 al puntaje correspondiente a cada una de las opciones elegidas, 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 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:

Aplique la prueba cuando la persona usuaria está en condiciones estables de funcionamiento en su salud física. Asegúrese que 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/a 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 la persona 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 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.

*Derogatis, 1975

Anexo 5 Síntomas de psicosis SCL 90R

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una lista de malestares o molestias que las personas pueden llegar a tener, lea cada una de éstas y marque la opción que describa si en las últimas semanas se le han presentado y qué tanto le afectaron; elija para cada frase una de las cinco posibilidades de respuesta: *Nada*, *Muy poco*, *Poco*, *Bastante* y *Mucho*. Si no se le presentaron o se le presentaron, pero no le afectaron seleccione la opción “Nada”.

Nombre: _____ No. 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					
6. Sentir que alguien puede controlar mis pensamientos.					
7. Escuchar voces que otras personas no pueden oír					
8. Creer que la gente sabe qué 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 pueda ver					



17. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien					
---	--	--	--	--	--

Nombre y firma de quien aplica la prueba: _____

Cargo: _____

Puntaje obtenido: _____

Nivel de molestia: _____



Anexo 6 Nota de Valoración Individual

Datos Generales	
Nombre:	Número Expediente:
Sexo:	Edad:
Estado Civil:	Escolaridad:
Motivo de Consulta:	
Instrumento	
Entrevista Inicial	Droga principal de consumo:
	Cantidad promedio 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: Familia y pareja: Laboral/Escolar: Legal: Económicos: Sociales:
Assist	Puntaje: Nivel de Riesgo: Tipo de tratamiento:



Beck Ansiedad	_____ Puntos (Ansiedad _____) Mínima () Leve () Moderada () Severa () Síntomas: _____ _____
Beck Depresión	_____ Puntos (Depresión _____) Mínima () Leve () Moderada () Severa () Síntomas: _____ _____
SCL 90 R	Puntaje: _____ Molestia: Leve Mínima Moderada Severa Indicadores de alucinaciones: Si: Referentes a: _____ _____ No:

Observaciones de la valoración: _____ _____ _____ _____
Resultado: Ingresa al establecimiento () Se refiere () nombre del centro de referencia: _____

Nombre, cargo y firma de quien elaboró

Nombre y firma del/a director/a



Anexo 7 Hoja de Referencia / contra referencia

Hoja de Referencia / contra referencia

HOJA DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE		Referencia__ / Contrareferencia__ No. de registro:					
		Fecha de referencia / contrareferencia:					
		Hora de referencia / contrareferencia:					
		Urgencia	SI	NO			
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	±	≈
Domicilio particular:		Calle	Número				
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa	Código postal			
Motivo del envío:							
Diagnóstico:							
Establecimiento al que se refiere:							
Domicilio del establecimiento:		Calle	Número	Número de teléfono			
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa	Código postal			
Nombre del personal que refiere, firma y cargo							

HOJA DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA USUARIO		Referencia__ / Contrareferencia__ No. de registro:					
		Fecha de referencia / contrareferencia:					
		Hora de referencia / contrareferencia:					
		Urgencia	SI	NO			
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	±	≈
Domicilio particular:		Calle	Número				
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa	Código postal			
Establecimiento que refiere:							
Domicilio:		Calle	Número	Número de teléfono			
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa	Código postal			
Establecimiento al que se refiere (receptor):							
Domicilio:		Calle	Número	Número de teléfono			
Colonia/población		Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa	Código postal			
Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento):							
Diagnóstico clínico:							
Observaciones:							
Responsable del establecimiento				Personal que refiere			
Nombre		Firma		Nombre		Firma	



Anexo 8 Nota de Ingreso

Nota de ingreso

Fecha y hora de ingreso: _____ No. expediente: _____

1.- Datos:

Nombre completo: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

¿Ingresos previos en el establecimiento? _____ Fechas: _____

¿Es referido por alguna institución? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Presenta hoja de referencia? Si () anexarle al expediente No ()

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

Motivo de consulta: _____

Descripción breve del estado de salud del usuario/a: _____

2.- Datos del familiar o representante legal

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

3.- Criterios clínicos de inclusión al tratamiento:

a) La persona usuaria 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 consecuencia asociada al consumo () Si () No

e) El usuario/a presenta algún trastorno mental o de tipo psiquiátrico que le impida beneficiarse del tratamiento () Si () No

f) El usuario/a NO cumple con todos los criterios, indicar el lugar al que será referido/a:

Nombre, firma del/a entrevistador/a: _____

Cargo: _____



Anexo 9 Estudio Socioeconómico

No. Expediente: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

1.- Datos Generales:

Nombre: _____ Sexo: F () M () Edad: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nivel de Estudios: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Derechohabiente: Si () No () a: _____ Religión: _____

Idioma o dialecto: _____

Domicilio: _____

Calle y # Colonia C.P. Alcaldía o Municipio

Estado: _____ Teléfonos: _____

Familiar responsable: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Calle y # Colonia C.P. Alcaldía o Municipio

Estado: _____ Teléfonos: _____

2.- Condiciones económicas:

Persona que Aportan	Ingreso Mensual	Desglose de Gastos	Egreso Mensual
Jefe/a de familia		Alimentación/Despensa	
Esposo/a		Renta/hipoteca	
Hijo/a		Predio	
Otros		Agua	
Total		Luz	
Número total de integrantes		Gas	
		Teléfono	
		Gastos escolares	
		Gastos en Salud	
		Transporte	
		Servicios Domésticos	
		Consumo Adicionales	
		TOTAL	

Relación Ingreso – Egreso: _____

Relación Ingreso- Número dependientes económicos: _____

Situación Económica:

Déficit: _____ Equilibrio: _____ Superávit: _____

Ocupación del principal proveedor económico: _____

3.- Vivienda

Tipo de Tendencia: Propia (3) Prestada (2) Rentada (1) Otro (0): _____

Grupo	Tipo de Vivienda	Puntos
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barranca, tugurio o cuarto redondo o sin vivienda	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio.	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase medio con financiamiento propio o hipoteca.	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial	5

Servicios Públicos:

Alumbrado Público: Pavimentación de basura Alcantarillado Recolección

4 o más (3) 3 servicios (2) 2 servicios (1) 0-1 Servicio (0) _____

Servicios Intradomiciliarios:

Alumbrado Público: Pavimentación de basura Alcantarillado Recolección

4 o más (3) 3 servicios (2) 2 servicios (1) 0-1 Servicio (0) _____

Material Construcción:

Mampostería (2) Mixta (1) Lamina, madera, material de la región (0) _____

Número de Dormitorios: 5 a más (2) 3-4 (1) 1-2 (0) _____

Número de personas por dormitorio: 1-2 (2) 3 (1) 4 o más (0) _____



4.-Estado de salud

Diagnóstico Médico del/a paciente: _____

¿Desde hace cuanto tiempo está enfermo/a? _____

Menos de 3 meses o sin comorbilidad (2) De 3 a 6 meses (1) Más de 6 meses (0)

¿El/la paciente tiene otros problemas de salud, además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? No (1) Si (0) _____

¿Cuál? _____ ¿Dónde se atiende? _____

Estado de Salud de los Integrantes de la familia:

Ningún enfermo (2) Un enfermo (1) Dos y el principal proveedor económico (0) _____

Familiograma:

Área reservada para el diagrama de Familiograma.



Diagnóstico Social:

Total de Puntos: _____

Nivel de Estudio Socioeconómico: _____

Nombre y firma del/a entrevistado/a: _____

Nombre y firma del/a profesional en Trabajo Social: _____

Cédula Profesional: _____



Anexo 10 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 SEXO DEL/LA USUARIO/A, con *AGREGAR 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 AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO. El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL O MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante el proceso de tratamiento, lo que implica proporcionar información veraz y fidedigna al momento de la evaluación, realizar las actividades asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales 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 éste; 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 y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

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

Ratifico que he sido informado/a respecto a las características del tratamiento, los procedimientos *ESPECIFICAR CUÁLES (médicos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios o paliativos), los riesgos que implica, los costos, 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 social del/la usuario/a a una vida productiva, garantizando en todo momento el respeto a sus derechos humanos e integridad. Por ello, en el caso de que el/la usuario/a solicite 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 con el proceso de rehabilitación en otra instancia.**

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el/la 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/la usuario/a, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias.

Asimismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y con previo consentimiento escrito por parte del/la usuario/a.

En el caso de que el/la 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 éstos sean proporcionados por: * LA FAMILIA O POR EL ESTABLECIMIENTO (SEGÚN EL PROCEDIMIENTO INTERNO), 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/la usuario/a requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le informará al respecto y se dará aviso a los familiares. En el caso de que el/la usuario/a necesite atención médica urgente, se dará aviso inmediato a los familiares y se referirá al servicio de atención hospitalaria según se requiera.

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

En el caso de que el/la usuario/a o sus familiares presenten alguna duda respecto al proceso de rehabilitación o a cualquier otro asunto relacionado con el mismo, el establecimiento se compromete a aclarar y a proporcionar información relativa del estado de salud del/la 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/la 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 y aceptando los compromisos anteriormente expuestos firman el presente consentimiento:



Nombre y firma del usuario/a

Nombre y firma del familiar

Nombre y firma del/la director/a o encargado/a

Nombre y firma de 1er. testigo/a

Nombre y firma de 2do. testigo/a



Anexo II Consentimiento Informado Involuntario Adultos/as

CONSENTIMIENTO INFORMADO INGRESO INVOLUNTARIO ADULTOS/AS

No. De Expediente: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Por parte del familiar, representante legal o tutor/a:

Por medio de la presente, yo: *AGREGAR NOMBRE DEL PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR/A, declaro haber sido informado 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 el consumo de AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO a mí: AGREGAR PARENTESCO CON EL USUARIO/A (hijo/a, sobrino/a, representado/a), *AGREGAR NOMBRE DEL NOMBRE DEL USUARIO/A, de sexo *AGREGAR SEXO DEL USUARIO/A, con *AGREGAR EDAD años de edad.

El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL Y MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante todo el proceso de tratamiento de mi familiar con la finalidad de lograr su abstinencia y facilitar su recuperación, lo cual implica asistir a las sesiones asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales de la salud. En caso necesario y al no obtener los resultados esperados, acepto se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención a donde puede acudir mi familiar y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

Tengo conocimiento de que la relación entre mi familiar con personal del establecimiento, será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado/a respecto a las características del tratamiento en el que participará mi familiar, los procedimientos *ESPECIFICAR CUÁLES (médicos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios o paliativos), los riesgos que implica, los costos, 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 sus derechos humanos e integridad. Declara tener los espacios y programas por escrito adecuados e independientes de acuerdo con la edad y sexo del/la usuario/a.

El establecimiento se compromete a llevar a cabo el ingreso involuntario, únicamente cuando la persona usuaria presente una condición médica de urgencia, exista el riesgo inminente para la salud del/la usuario/a, pueda hacerse daño así mismo/a y/o a los/las demás; por lo que, para ser ingresado/a deberá contar con la indicación por escrito por parte de los/las profesionales de la salud de la institución (médico, psiquiatra, neurólogo, etc.), la solicitud del familiar (padre o madre), tutor/a o representante legal y dar notificación al Ministerio Público. Cabe precisar que dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del/la paciente, será evaluado por el equipo médico y especialista en salud mental del establecimiento para determinar la pertinencia de continuar en tratamiento residencial o ambulatorio, en apego a la normatividad. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, es decir, se encuentre estable y la urgencia haya sido controlada, se debe informar sobre su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, pueda otorgar el consentimiento libre e informado y su condición cambie a un ingreso voluntario. Si el/la usuario/a, se encuentra en óptimas condiciones y su deseo es no continuar con el tratamiento residencial, el centro NO podrá mantenerlo de forma involuntaria, por tanto, se le brindará información y orientación necesaria para continuar el proceso de rehabilitación en otra instancia a través de la referencia correspondiente.

Si el/la usuario/a decide permanecer en el tratamiento residencial, se pone de manifiesto que toda información brindada por el/la 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/la usuario/a o representante legal o familiar responsable, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias.

Asimismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y con previo consentimiento escrito por parte del/la usuario/a.

En el caso de que el/la 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 éstos sean proporcionados por: * LA FAMILIA O POR EL ESTABLECIMIENTO (SEGÚN EL PROCEDIMIENTO INTERNO), existan los estudios y recetas avaladas por un médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que la persona usuaria requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le brindará toda la información a él y a los familiares. En el caso de que el/la



usuario/a requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a los familiares y se referirá al servicio de atención hospitalaria según se requiera.

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

En el caso de que el/la usuario/a o sus familiares 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/la 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 y aceptando los compromisos anteriormente expuestos, firman el presente consentimiento.

Nombre y firma del usuario/a

Nombre y firma del familiar

Nombre y firma del/la director/a o encargado/a

Nombre y firma de 1er. testigo/a

Nombre y firma de 2do. testigo/a



Anexo 12 Consentimiento Informado Niños, Niñas y Adolescentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

No. De Expediente: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Por parte del familiar, representante legal o tutor/a:

Por medio de la presente, yo: *AGREGAR NOMBRE DEL PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR/A, declaro haber sido informado 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 el consumo de AGREGAR SUSTANCIA DE IMPACTO a mí: AGREGAR PARENTESCO CON EL USUARIO/A (hijo/a, sobrino/a, representado/a), *AGREGAR NOMBRE DEL NOMBRE DEL USUARIO/A, de sexo *AGREGAR SEXO DEL USUARIO/A, con *AGREGAR EDAD años de edad.

El modelo de atención es: *AGREGAR EL MODELO DE ATENCIÓN (PROFESIONAL O MIXTO). El tratamiento tiene como objetivo AGREGAR EL OBJETIVO y consiste en: *AGREGAR DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

Estoy de acuerdo en participar activamente durante el proceso de tratamiento de mi familiar con la finalidad de lograr su abstinencia y facilitar su recuperación, lo cual implica asistir a las sesiones asignadas por personal de medicina, psicología, trabajo social y demás profesionales de la salud. En caso necesario y al no obtener los resultados esperados, acepto se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención a donde puede acudir mi familiar y de ser necesario contar con la referencia correspondiente.

Tengo conocimiento de que la relación entre mi familiar con personal del establecimiento, será únicamente profesional.

Ratifico que he sido informado respecto a las características del tratamiento en el que participará mi familiar, los procedimientos *ESPECIFICAR CUÁLES (médicos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios o paliativos), los riesgos que implica, los costos, 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/la usuario/a a una vida productiva, garantizando en todo momento el respeto a sus derechos humanos e integridad. Declara tener los espacios y programas por escrito adecuados e independientes de acuerdo con la edad y sexo del/la usuario/a.

El establecimiento se compromete a realizar valoraciones y evaluaciones médicas y psicológicas de manera periódica con el propósito de determinar a través del criterio de los profesionales de la salud la situación de estancia del/la usuario/a a fin de considerar la pertinencia de mantenerse en internamiento o bien de recibir atención ambulatoria. En todo momento se tomará en cuenta la opinión del menor o adolescente a fin de permitirle expresarse libremente en los asuntos que le afectan directamente, sin embargo, después de la emisión del dictamen del personal competente, quién decidirá por él será el padre, madre, tutor y/o representante legal, siempre y cuando se garantice de manera prioritaria el ejercicio pleno de todos sus derechos, considerando su interés superior.

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el/la 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/la usuario/a y/o familiar responsable o representante legal, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias.

Asimismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y con previo consentimiento escrito por parte del/la usuario/a y/o familiar responsable o representante legal.

En el caso de que el/la 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 éstos sean proporcionados por: * LA FAMILIA O POR EL ESTABLECIMIENTO (SEGÚN EL PROCEDIMIENTO INTERNO), existan los estudios y recetas avaladas por un médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que el/la menor o adolescente requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le brindará toda la información a los familiares. En el caso de que el/la usuario/a requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a los familiares y se referirá al servicio de atención hospitalaria según se requiera.

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



En el caso de que el usuario/a o sus familiares 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/la 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/la 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 y aceptando los compromisos anteriormente expuestos, firman el presente consentimiento.

Nombre y firma del familiar

Nombre y firma del director/a
encargado/a

Nombre y firma testigo/a

Nombre y firma testigo/a

Anexo 13. Formato único de Notificación de caso médico legal

Instructivo de llenado del Formato Único de Notificación de caso médico legal

1.-Nombre de la Unidad Médica	Anotar el nombre de la Unidad Médica que realiza la Notificación al Ministerio Público.
2.-Número de Notificación	Se deberá iniciar el primero de enero de cada año con números subsecuentes y terminar el 31 de diciembre de cada año.
3.-Fecha	Anotar la fecha con números arábigos de la realización de la Notificación al Ministerio
4.-Hora de Notificación	Anotar con números arábigos las horas y los minutos de la realización de la Notificación al Ministerio.
5.-Responsable de la Notificación	Anotar el nombre de la persona responsable que realizó la notificación al Ministerio Público.
6.-Nombre del/la paciente	Anotar el nombre completo que refiere el/la paciente.
7.-Edad	Anotar con números arábigos la edad que refiere tener el/la paciente.
8.-Sexo	Anotar el Sexo biológico del/la paciente masculino o femenino.
9.-Ubicado en la cama	Anotar el número de la cama en la cual se encuentra el/la paciente dentro de la Unidad Médica.
10.- Del servicio	Anotar el servicio en el cual se encuentra el/la paciente dentro de la Unidad Médica.
11.-Con hora de ingreso	Anotar la hora de Ingreso del/la paciente a la Unidad Médica.
12.- Número de expediente	Anotar el Número de expediente que asigna la Unidad al/la paciente.
13.-Diagnósticos	Anotar el o los diagnósticos con el cual o los cuales quedó ingresado el/la paciente en la Unidad Médica.
14.-Descripción de lesiones	Anotar y describir cada una de las lesiones conforme a la Semiología Médico Legal vigente.
15.-Nombre y firma del Médico que Notifica	Anotar el nombre y firma del personal médico tratante y responsable de llenar el formato de
16.-Datos de la Autoridad que recibe la Notificación	Anotar nombre, cargo, fecha, hora y firma de la persona o autoridad que recibe la notificación al ministerio público.



Nombre de la Unidad Médica
No. De Notificación
Fecha:
Hora de Notificación
Responsable de notificación

1
2
3
4
5

FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACION DE CASO MÉDICO LEGAL

Se notifica a la autoridad que el/la paciente			
Nombre: (6)		Edad (7)	Sexo (8)
Ubicado en la cama (9)		Del servicio (10)	
Con Hora de Ingreso (11)		Número de Expediente (12)	
Diagnóstico (13)			

Descripción de lesiones (14)	
------------------------------------	--

Lo que comunico a Usted, para que proceda como corresponda, en el ámbito de sus atribuciones, si usted considera pertinente a la brevedad posible. No omito manifestarle que el personal adscrito a este establecimiento no cuenta con facultades de ninguna índole para detener y/o custodiar a persona alguna.

Nombre y firma del personal médico que Notifica (15)

Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación (16)		
Nombre		
Cargo		Sello
Fecha y Hora		
Firma		



Anexo 14 Historia Clínica

Historia Clínica

Fecha y hora	No. de Expediente:		
Nombre:	Edad:	Sexo:	
1. Padecimiento actual:			
¿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)			

2. Antecedentes:

2.1 Heredofamiliares		Enfermedad es crónico degenerativa	Infecto contagiosas	Alérgicas	Eventos Traumáticos	Consumo de sustancias y/o con problemas	Otras Enfermedad es mentales	Causas de Defunción
Padres								
Hermanos/as								
Cónyuge								
Hijos								
Colaterales								
Convivientes								
2.2 Personales no patológicos								
Estatus socioeconómico								
Habitación								
Higiene								
Alimentación								
Inmunizaciones								
2.3 Personales patológicos:								
Fiebre eruptivas								
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								

<u>2.4 Alto Riesgo</u>	
<u>2.5 Psicobiografía</u>	
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	

3. Interrogatorio por aparatos y sistemas (cardiovascular, respiratorio, digestivo, endócrino, genitourinario, neurológico, piel, anexos y otros) Recabar información relacionada con uso de sustancias.

4. Exploración física

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 vestibulo cerebeloso (equilibrio)	
	Marcha	
	Dominancia cerebral	

5. Exámenes de laboratorio, gabinete y otros previos y actuales (Enumeración, fechas y resultados)

6. Terapéutica previa empleada

Resultados obtenidos en cada uno	Tratamientos Físicos	
	Farmacológicos	
	Psicoterapéuticos	
	Alternativos	

7. Examen mental

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	
Sensopercepción, ilusiones, alucinaciones, alucinosis, despersonalización, micropsias, micropsias, extrañeza	
Ideación, delirios, proyecto futuro, sueño, conciencia de enfermedad	

Observaciones:

8. Impresión Diagnóstica



Diagnóstico CIE 10	Código	Diagnóstico			
Observaciones al Diagnóstico y/o problemas clínicos:					
Pronóstico	Para la Vida				
	Para la Función				
9. Tratamiento sugerido y justificación					
Terapia Individual		Terapia Grupal		Terapia Familiar	
Orientación Familiar Grupal		Orientación Familiar Individual		Frecuencia del 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 médico que otorgó el servicio					
Número Cédula profesional					
Hora:					



Anexo 15 Plan de Tratamiento

Plan de Tratamiento

Datos de Identificación:		
Nombre:		Fecha:
Sexo:	Edad:	Expediente:
Resultado de las valoraciones (médica, psicológica y de trabajo social)		
Estudios Médicos realizados durante la valoración:		
Diagnóstico médico:		
Pruebas aplicadas durante la valoración psicológica:		
Diagnóstico psicológico:		
Situación familiar, social, laboral y/o escolar:		
Diagnóstico Social:		



Estado Físico:

Riesgos en salud: depresión, ansiedad, riesgo suicida, diabetes, otros.

Características, habilidades y potencialidades del/a paciente:

Objetivos terapéuticos:

Metas a corto plazo (Establecer el lapso de tiempo):

Metas a mediano plazo (Establecer el lapso de tiempo):

Metas a largo plazo (Establecer el lapso de tiempo):



Vías para su alcance:

Resultados esperados:

Nombre y firma de las/os profesionales que elaboran:



Anexo 16 Plan de Consejería Individual

PLAN DE CONSEJERIA INDIVIDUAL

No. expediente: _____

Identificación del usuario/a:	
Nombre del usuario/a:	Fecha:
Sexo:	Edad:
Resultado de la valoración de consejería:	
Consumo de alcohol y otras drogas:	
Salud física y mental (depresión, ansiedad):	
Situación en diferentes áreas de vida (familiar, social, laboral, económica, etc.):	
Metas y objetivos a lograr durante el proceso de consejería:	
Metas a mediano y/o largo plazo:	
Objetivos a corto, mediano y largo plazo:	
Acciones específicas:	
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 17 Nota de Evolución Médica

Nota de Evolución Médica

No. de expediente: _____

Nombre:			Edad:		Sexo:	
Fecha:			Hora:		No. de sesión:	
T/A	Temp.	Frec. c.	Frec. r.	Peso	Talla	
Evolución y Actualización del cuadro clínico:						
Resultados de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado						
Plan de tratamiento e indicaciones médicas (dosis, vía de administración y periodicidad):						
Nombre completo, firma y cédula profesional del/la médico/a:						



Est. Lab. Programados						
Est. Lab. Realizados						
Est. Gab. Programados						
Est. Gab. Realizados						
Int. Qx. Programadas						
Int. Qx. Realizadas						
Medicación	Fecha/Hora	Fecha/Hora	Fecha/Hora	Fecha/Hora	Nombre de quién administra	Firma de quién administra
Medicamento: Dosis: Frecuencia: Vía:						
Medicamento: Dosis: Frecuencia: Vía:						
Medicamento: Dosis: Frecuencia: Vía:						
Medicamento: Dosis: Frecuencia: Vía:						

MEDICAMENTOS																																	
ESCALAS		MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS			MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				HORAS				
	Riesgo úlceras por presión	A	M	B	A	M	B	A	M	B			Riesgo úlceras por presión	A	M	B	A	M	B	A	M	B											
	Dolor (EVA) 0 - 10												Dolor (EVA) 0 - 10																				
	Riesgo de caídas	A	M	B	A	M	B	A	M	B			Riesgo de caídas	A	M	B	A	M	B	A	M	B											
	Flebitis (Maddox)												Flebitis (Maddox)																				
P.F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tipo / Calibre	Fecha Instalación				Sitio Incisión				Curación / Retiro				Fecha Instalación				Sitio Incisión				Curación / Retiro												
C. Periférico									/												/												
C. Central									/												/												
S. Gástrica									/												/												
S. Vesical									/												/												
Apoyo Ventilatorio	TQ / COT	Vent. Mecánica			Puritan	Microneb.			Ejerc. Resp.	Oxg x PIN			TQ / COT	Vent. Mecánica			Puritan	Microneb.			Ejerc. Resp.	Oxg x PIN											
SINTOMAS Y SIGNOS																																	
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE																																	
INTERVENCIÓN COLABORACIÓN																																	
JUICIO																																	



Guía para la Integración del Expediente Modelo Profesional



Anexo 19 Nota de evolución psicológica

No. de expediente: _____

Nombre:	Edad:	Sexo:
Fecha:	Hora:	No. de sesión:
Objetivo de la sesión:		
Resumen de la sesión (actividades y estrategias aplicadas):		
Resultados de la sesión (conducta y disposición)		
Plan terapéutico para la siguiente sesión:		
Actividades asignadas:		
Observaciones:		
Fecha de la próxima sesión:		
Nombre completo, firma y cédula profesional psicología:		



Anexo 20 Nota de Evolución Trabajo Social

Nota de Evolución Trabajo Social

Número de Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Diagnóstico social:

Objetivos e intervención social:

Actividades asignadas:

Actividades asignadas a la familia:

Observaciones:

Nombre y firma del/a Trabajador/a Social y cédula profesional:



Anexo 21 Solicitud y Nota de Interconsulta

Solicitud de Interconsulta

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



NOTA DE INTERCONSULTA

Nombre:		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:					
Diagnósticos o problemas clínicos					
Criterio Diagnóstico:					
Plan de Estudio y/o Tratamiento					
Sugerencia de tratamiento					
Pronóstico					
Nombre completo, firma y cédula del/la profesional de salud:					



Anexo 22 Nota de evolución de consejería

NOTA DE EVOLUCIÓN DE CONSEJERIA

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 23 Reporte Final de Consejería 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) Fundamente:		
Resumen de la evolución y estado actual:		
Principales temáticas abordadas:	Número de sesiones realizadas:	
Metas y objetivos logrados durante el proceso de atención:		
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 a abordar:	
2do. seguimiento	
Plazo:	Fecha programada:
Objetivos:	
Instrumentos y/o formatos:	
Personas que acuden:	
Temas a abordar:	
3er. seguimiento	
Plazo:	Fecha programada:
Objetivos:	
Instrumentos y/o formatos:	
Personas que acuden:	
Temas a abordar:	



4to. seguimiento	
Plazo:	Fecha programada:
Objetivos:	
Instrumentos y/o formatos:	
Personas que acuden:	
Temas a 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 24 Nota de Egreso

No. Expediente: _____

Nombre:		Edad:	Sexo:
Fecha de ingreso:		Fecha de Egreso:	
Motivo y tipo de egreso:		Con mejoría	Sin mejoría
1. El usuario/a cumplió los objetivos de tratamiento			
Cumplimiento de los objetivos del internamiento/tratamiento			
Se trasladó a otra institución			
A solicitud del usuario/a			
A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor/a.			
Abandono del internamiento sin autorización			
Disposición de la autoridad legal competente.			
Defunción			
2. Resumen de la evolución y del estado actual del usuario/a:			
Área	Resumen		
Médica			
Psicológica			
Otro profesional (Trabajo Social, Enfermería, Nutrición, etc.)			
3 Problemas clínicos pendientes:			

4. Criterios de egreso (únicamente en caso de que el usuario/a egrese por haber cumplido los objetivos del tratamiento * de acuerdo a las características del tratamiento establecer los criterios que se consideran para que un usuario/a egrese del establecimiento por ejemplo*:

Se ha mantenido en abstinencia un promedio de 3 meses	Si	No
Ha recibido los componentes terapéuticos mínimos indispensables para promover su rehabilitación		
Ha participado activamente en todas las sesiones programadas por el personal de salud (medicina, psicología, trabajo social y consejería)		
Los resultados de la post-evaluación indican que ha adquirido las habilidades para mantenerse sin consumo y lograr un estilo de vida saludable		
Su estado de salud es óptimo		
Se compromete a asistir a un mínimo de cuatro sesiones de seguimiento al año.		

5. Ratificación diagnóstica (ratificar o rectificar el diagnóstico final de acuerdo a la CIE-10 y/o DSM V)

Área	Diagnóstico
Médica	
Psicológica	
Otro profesional (Trabajo Social, Enfermería, Nutrición, etc.)	



6. Pronóstico	
Área	Notas
Médica	
Psicológica	
Otro profesional (Trabajo Social, Enfermería, Nutrición, etc.)	
7. Indicaciones de tratamiento ambulatorio por área	
Área	Indicaciones
Médica	
Psicológica	
Otro profesional (Trabajo Social, Enfermería, Nutrición, etc.)	

Continúa en la página siguiente



Fecha del primer seguimiento: _____

Nombre y firma de la persona
usuaria

Nombre y firma de familia o
representante legal

Nombre y firma de testigo/a

Nombre y firma de testigo/a

Nombre, firma y cédula profesional
del/a médico/a

Nombre, firma y cédula profesional
del/a psicólogo/a

Nombre, firma del/a Director/a o
Responsable del establecimiento

Anexo 25 Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento

Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento

Durante las sesiones de atención 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
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					
5. Aprendí a evitar consumir ante la presencia de factores o razones por las que antes lo hacía.					
6. Aprendí a resolver mis problemas.					
7. Me siento 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 mi 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 a consumir, cuando me invitan o tengo oportunidad de hacerlo.					

Comentarios y sugerencias:

Nombre y firma de quien aplica: _____

Cargo: _____ Fecha: _____



Anexo 26 Reporte de Seguimiento

Reporte de Seguimiento

Nombre: _____ Fecha: _____

No. de expediente: _____

Período de seguimiento: Mes () Tres () Seis () Doce () Otro: _____

Tipo de seguimiento: Presencial () Telefónico () Email () Otro: _____

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 a revisar en el próximo seguimiento:

Observaciones:

Fecha del próximo seguimiento:

Nombre y firma del/a Trabajador/a Social: