

Unidad de Especialidades Médicas. Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (UNEME-CECOSAMA).

**ENTREVISTA EXPLORATORIA
(CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y APERTURA DE EXPEDIENTE)**

1.- Motivo de Consulta declarado: (Tal y como lo declara la persona, el familiar y/o acompañante):		Área Obligatoria familiar y/o persona atendida
2. Condiciones de Salud Mental: (Depresión, Ansiedad, Autolesión y comportamiento suicida, otras).		
a) Síntomas:		
b) Inicio, frecuencia e intensidad de los síntomas:		
c) Consecuencias asociadas a la condición de salud mental:		
Áreas:		
d) Tratamientos Previos		



3. Consumo:

Obligatoria para usuario de sustancias psicoactivas

Sustancias de consumo (en orden cronológico)	Actualmente la consume (último año)		Edad de inicio (uso por 1a vez)	Vía de administración 1.-Oral 2.-Fumada 3.-Aspirada (en mucosa nasal) 4. Inhalada 5. Inyectada 6.Sublingual 7. Tópica (cutánea)	Frecuencia de Consumo Actual 1. Diario: Más de 3 veces 2. Diario: De 2 a 3 veces 3. Diario: Una vez 4: De 2 a 3 veces por semana 5. Una vez a la semana 6. De 2 a 3 veces por mes. 7. Una vez al mes. 8. Menos de 1 al mes. 9. Ya no la usa. 10. Sólo la usó una vez
	Si	No			
Sustancia (droga) de Inicio:					
1					
2					
3					
4					
5					
2.1 SUSTANCIA (DROGA) DE IMPACTO (Es la que motiva el tratamiento)			Indique cual es:		
2.2 alguna vez ha usado sustancias (drogas) inyectadas:					Si No
2.3 Uso combinado de sustancias (drogas): ¿Cuáles?					Si No
2.4 ¿A qué edad el consumo de alcohol/sustancias comenzó a ser un problema? ¿Por qué?					
2.5 ¿Qué tan importante es para usted atender la condición de salud y /o consumo de sustancias?					
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>1. Nada importante</div> <div>3. Algo importante</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>2. Poco importante</div> <div>4. Importante</div> </div>					
2.6 Mencione las razones por las que es importante para usted atender la condición de salud y /o consumo de sustancias					

2.7 En una escala de 1 a 10, donde 1 es nada seguro y 10 muy seguro. Mencione qué tan seguro se siente de lograr resolver la condición de salud y/o consumo de sustancias:

2.8 En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su situación durante el año pasado (marque solo una opción):

- a) Sin problema.
- b) Un pequeño problema, estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa.
- c) Un problema menor, he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria.
- d) Un problema mayor, he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria.

Menciona cuál es la

consecuencia: _____

- e) Un gran problema, he tenido algunas consecuencias negativas, dos o más de las cuales pueden considerarse seria

Consumo actual:

(Con base en la droga de impacto)

Obligatoria para usuario de
sustancias psicoactivas

¿Cuánto tiempo le lleva consumir una unidad de la sustancia (una copa, un cigarro de marihuana, un gramo, etc.)?

¿Cuánto tiempo pasa entre que se termina una unidad de la sustancia (una copa, o una dosis de alguna otra droga) y comienza la siguiente?

¿Cuánto tiempo dura en total el episodio de consumo de alcohol/drogas?

Consecuencias del consumo:

Obligatoria para usuario de
sustancias psicoactivas

Desde que el consumo de la(s) sustancia(s) se ha convertido en un problema ¿cuáles son los problemas de salud que éste le ha generado?

- | | |
|---------------------------------|--|
| a) Ácido Úrico (gota) | k) Ideas suicidas |
| b) Úlcera | l) Intentos suicidas |
| c) Gastritis | m) Ansiedad |
| d) Pancreatitis | n) Alteraciones cardiovasculares |
| e) Hígado Graso | o) Alucinaciones (visuales, táctiles, auditivas) |
| f) Cirrosis | p) Lagunas mentales |
| g) Otras alteraciones hepáticas | q) Depresión |
| h) Desnutrición | r) Insomnio |
| i) Hinchazón de la piel | s) Otros ¿Cuáles? |
| j) Delirios | |

¿Cuáles son los problemas familiares que le ha generado el consumo de alcohol/sustancia?

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| a) Pérdida de confianza | d) Separación de la familia |
| b) Agresiones física | e) Otros ¿Cuáles? |
| c) Agresiones verbales | |

¿Cuáles son los problemas de pareja que le ha generado el consumo de alcohol/sustancia?

a) Agresión verbal	g) No hay comunicación
b) Agresión física	h) Insatisfacción sexual
c) Separaciones	i) Impotencia
d) Divorcio	j) Otros ¿Cuáles?
e) Celos	k) No aplica
f) Infidelidad	

¿Cuáles son los problemas sociales que le ha traído el consumo de alcohol/sustancia?

a) Aislamiento	d) Agresión verbal
b) Pérdida de amigos (cuántos)	e) Otros ¿Cuáles?
c) Agresión física	

¿Cuáles son los problemas laborales que le ha traído el consumo de alcohol/sustancia?

a) Ausentismo	e) Problemas con el jefe
b) Desempleo	f) Problemas con compañeros
c) Conflictos	g) Otros ¿Cuáles?
d) Accidentes laborales	

En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo de alcohol/sustancia? (0 – 360)

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo como resultado del consumo de alcohol/sustancia?

¿Cuáles son los problemas legales que le ha traído el consumo de alcohol/drogas y qué conductas delictivas ha presentado?

a) Detenciones	f) Manejo de armas (blancas y de fuego)
b) Estar en prisión	g) Homicidio
c) Demandas	h) Otros ¿Cuáles?
d) Robos	Ninguno
e) Violación	

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado (detenido) por el consumo o portación de alcohol/sustancia?

En promedio ¿qué porcentaje de su salario utiliza en alcohol, tabaco o sustancia?

En los últimos 12 meses, ¿cuáles son los problemas económicos que le ha traído el consumo de alcohol, tabaco o sustancia?

a) Gasto excesivo	c) Empeñar
b) Deudas	d) Pedir Prestado

¿Qué otro tipo de problemas le ha provocado el consumo de alcohol/sustancia?

Períodos de abstinencia:

No Obligatoria, sólo en caso de tener periodos de abstinencia. Para usuario de sustancias psicoactivas

Desde que el consumo de alcohol/drogas se ha convertido en un problema, ¿cuántas veces ha intentado dejar de consumir?

¿Por qué se abstuvo en esa(s) ocasión(es)?

¿Cuál ha sido su mayor periodo de abstinencia (señalar mes y año)?

Factores de riesgo y de protección que se relacionan a una posible recaída:

4. Tratamientos Previos y situación actual del mismo:

	No. De veces	Sustancia	Duración (fechas)	Resultado
a) Intento Propio				
b) Juramentos				
c) Grupo de Ayuda Mutua				
d) Medicina Alternativa				
e) Desintoxicación				
f) Tratamiento Médico				
g) Tratamiento Psiquiátrico y/o psicológico				
h) Tratamiento Ambulatorio en Adicciones y/o Salud mental				
i) Residencial (Internamiento)				
Especificar modelo				
j) Programa de mantenimiento				
k) Otros (especificar)				

Observaciones:

5. Expectativas del tratamiento en este momento:

Obligatoria

6. Compromiso de la persona:

Obligatoria

7. Compromiso de la familia:

Obligatoria

8. Apariencia y actitud de la persona y/o su acompañante:

Obligatoria

9. Impresión Diagnóstica(CIE-10):

Obligatoria

a) Código:

Diagnóstico:

b) Observaciones al diagnóstico:

c)Pronóstico

Reservado

Favorable

Desfavorable

12. Plan de tratamiento (Programa de Intervención):

Obligatoria

13. Recomendaciones a la persona y/o a su familia:

Obligatoria



Próxima cita:

Nombre del Profesional:	
Cédula Profesional:	
Firma	