

# EVALUACIÓN DE LA ASAM PARA ADULTOS

Información del cliente			
Nombre del cliente:	Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Celular	
¿Se pueden enviar mensajes de texto o correos de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	Género:	Raza/origen étnico:	
Idioma preferido:	N.º de Medi-Cal:		
	Otro n.º de identificación (plan):		
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro			
	(Plan):	(Plan):	(Plan):

Información del proveedor:	
Nombre de la agencia:	
Nombre y cargo del miembro del personal que realizará la evaluación de la ASAM (en letra de molde):	
Firma del miembro del personal que realizará la evaluación de la ASAM:	Fecha:

*Una vez completada la evaluación de la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM) recuerde escanearla e incluirla en el expediente del cliente.*

<p>Se le entrega esta información confidencial de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, que incluyen entre otras, lo que resulte aplicable del Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil, las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability &amp; Accountability Act, HIPAA), y el Título 42, Parte 2 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Queda prohibido duplicar esta información con fines de divulgación sin autorización previa por escrito del paciente o el representante autorizado a quien pertenezca, a menos que la ley autorice lo contrario.</p>	<p>N.º de identificación del avatar del cliente: _____</p> <p>N.º de episodio de tratamiento del avatar: _____</p> <p>Proveedor del tratamiento: _____</p>
--	--



# GUÍA PARA LA ENTREVISTA DE LA ASAM CRITERIA ASSESSMENT

## Adultos

### Nota para los entrevistadores:

Si se identifican necesidades de salud mental o física urgentes, considere la referencia inmediata al Departamento de Emergencia (Emergency Department, ED) o llame al 911.

Si el paciente está intoxicado o presenta síntomas de abstinencia, podría ser más adecuado llevar a cabo una evaluación completa según la ASAM Criteria Assessment® una vez que su condición se estabilice. Considere realizar una referencia inmediata para una evaluación médica o para que el paciente reciba servicios de manejo del síndrome de abstinencia.

### Antes de comenzar, ¿podría decirme por qué vino a verme hoy?

**Indague:** ¿Cómo le puedo ayudar? ¿Por qué motivo busca tratamiento?

## DIMENSIÓN 1: POSIBILIDAD DE INTOXICACIÓN O ABSTINENCIA AGUDAS

1. Le voy a leer una lista de sustancias. ¿Podría decirme cuáles ha consumido, durante cuánto tiempo, cuándo fue la última vez y cómo las consumió?	NUNCA SE CONSUMIÓ	DURACIÓN del consumo continuo Estimación de los años o meses de consumo	FRECUENCIA en los últimos 30 días				VÍA DE ADMINISTRACIÓN Seleccione todas las opciones que correspondan			
			4 a 7 días por semana	1 a 3 días por semana	3 o menos días al mes	No se consumió	Oral	Nasal o inhalación	Fumada	Inyección
<b>ALCOHOL</b> Fecha del último consumo: _____ Bebidas en promedio por cada día en que bebe: _____ En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha hecho lo siguiente? [Para mujeres] Beber 4 o más bebidas en una ocasión _____ [Para hombres] Beber 5 o más bebidas en una ocasión _____	<input type="checkbox"/>	_____ AÑOS _____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HEROÍNA, FENTANILO U OTROS OPIOIDES SIN RECETA MÉDICA</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	_____ AÑOS _____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USO INDEBIDO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES CON RECETA MÉDICA</b> Especifique el tipo: _____ ¿Obtuvo estos medicamentos con una receta válida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	_____ AÑOS _____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Nota:** Este formulario es una guía para la evaluación multidimensional y el enfoque conceptual de la lógica de decisiones de los ASAM Criteria. No se ha establecido su fiabilidad ni validez.

© 2022, American Society of Addiction Medicine and The University of California at Los Angeles. Algunos derechos reservados.

1. Le voy a leer una lista de sustancias. ¿Podría decirme cuáles ha consumido, durante cuánto tiempo, cuándo fue la última vez y cómo las consumió?	NUNCA SE CONSUMIÓ	DURACIÓN del consumo continuo	FRECUENCIA en los últimos 30 días				VÍA DE ADMINISTRACIÓN Seleccione todas las opciones que correspondan				
		Estimación de los años o meses de consumo	4 a 7 días por semana	1 a 3 días por semana	3 o menos días al mes	No se consumió	Oral	Nasal o inhalación	Fumada	Inyección	Otra (rectal, parches, etc.)
<b>USO INDEBIDO DE BENZODIAZEPINAS, OTROS SEDANTES, HIPNÓTICOS O MEDICAMENTOS PARA DORMIR</b> ¿Obtuvo estos medicamentos con una receta válida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COCAÍNA O CRACK</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>METANFETAMINAS U OTROS ESTIMULANTES:</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USO INDEBIDO DE ESTIMULANTES CON RECETA MÉDICA</b> Especifique el tipo: _____ ¿Obtuvo estos medicamentos con una receta válida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USO INDEBIDO DE OTROS FÁRMACOS DE VENTA CON RECETA</b> Especifique el tipo: _____ Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CANNABIS O MARIHUANA</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NICOTINA O TABACO</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OTRAS DROGAS:</b> Enumere cada una de las "otras" drogas por separado, ya que sus perfiles de abstinencia son distintos.											
<b>OTRA DROGA 1:</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OTRA DROGA 2:</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OTRA DROGA 3:</b> Fecha del último consumo: _____	<input type="checkbox"/>	____ AÑOS    ____ MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Notas para el entrevistador:**

- El consumo excesivo de alcohol (más de 5 bebidas para los hombres, más de 4 bebidas para las mujeres) se asocia con un mayor riesgo de síntomas agudos de abstinencia.
- El uso indebido incluye los medicamentos que debe resurtir con más frecuencia de la indicada por el médico; los cuales consume en cantidades o con propósitos distintos a los indicados, etc. Considere consultar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Monitoring Program, PDMP).
- Entre los opioides de venta con receta comunes se incluyen: oxicodona, Vicodin®, Percocet®, morfina, codeína y fentanilo de venta con receta. El espectro de abstinencia podría requerir una observación más minuciosa cuando se consumen análogos del fentanilo fabricados de manera ilegal.<sup>1</sup> El consumo continuo de opioides durante 7 a 10 días aumenta el riesgo de abstinencia.
- El consumo diario de benzodiazepinas durante 6 meses aumenta el riesgo de abstinencia aguda.
- Entre los estimulantes de venta con receta comunes se incluyen: metilfenidato (Ritalin®, Concerta®), anfetaminas (Dexedrine®, Adderall®), lisdexanfetaminas (Vyvanse), dextroanfetaminas (ProCentra) y fentermina (Suprenza).

<sup>1</sup> <https://reference.medscape.com/drugs/opioid-analgesics>

## Antecedentes de consumo de sustancias

Voy a hacerle algunas preguntas más sobre su consumo de sustancias, y cualquier riesgo de abstinencia que pudiera tener. Las opciones de respuesta son “Sí o No” o “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

Use sus habilidades de entrevista motivacional para desarrollar las discrepancias entre cualquier problema mencionado y la evaluación del paciente respecto a si la adicción es un problema.

Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
-----------	---------	------	-------	----------------

2. ¿Cuánto le molestan los síntomas físicos o emocionales cuando deja de consumir o reduce el consumo de alcohol o de otra droga? (Por ejemplo, dolores corporales, náuseas o ansiedad que interfieran con su vida cotidiana cuando los deja de consumir o reduce el consumo). Describa:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿Actualmente experimenta síntomas de abstinencia, como temblores, sudoración excesiva, frecuencia cardíaca acelerada, ansiedad, vómito, etc.? (Describa los síntomas específicos y considere una referencia inmediata a una evaluación médica):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

► **Nota:** Si el paciente está intoxicado o presenta síntomas activos de abstinencia, es posible que no sea conveniente llevar a cabo una evaluación completa según la ASAM Criteria Assessment. Considere realizar una referencia inmediata para una evaluación médica o para que el paciente reciba servicios de manejo del síndrome de abstinencia.

4. ¿Ha notado que consume más alcohol u otra droga para lograr el mismo efecto? (¿Hay algún patrón que indique mayor tolerancia?) Describa:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

► **Nota para el entrevistador:** Los signos de tolerancia podrían indicar riesgo de abstinencia.

5. ¿Tiene antecedentes de abstinencia grave, convulsiones o síntomas potencialmente mortales durante la abstinencia? Describa y especifique las sustancias:

Sí  No

Fecha del último episodio grave de abstinencia \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene antecedentes de sobredosis (p. ej., pérdida de la consciencia, necesidad de intervención médica)? Describa y especifique las sustancias:

Sí  No

¿Hace cuánto fue su última sobredosis? \_\_\_\_\_

► **Nota para el entrevistador:** Averigüe si el paciente ha recibido capacitación o si se le entregó naloxona. Proporcione recursos sobre la naloxona.

Si consume opioides: ¿Tiene acceso a naloxona?  
 Sí  No

7. ¿Ha consumido alguna sustancia en las últimas 48 horas? Si la respuesta es sí, ¿cuáles? Lista:

Sí  No

Opioides de acción rápida (p. ej., heroína): la aparición de los síntomas de abstinencia se produce entre las 8 y 24 horas después del último consumo. Opioides de acción prolongada (p. ej., metadona): la aparición de los síntomas de abstinencia se produce entre 12 y 48 horas después del último consumo.

8. **Observaciones del entrevistador:** ¿El paciente parece tener síntomas actuales de **abstinencia** o **intoxicación**? Describalos: (consulte la lista de signos de abstinencia de la sección 2)

Intoxicación  
 Abstinencia  
 Ninguno

► **Nota para el entrevistador:** Al evaluar los signos de intoxicación, considere: ¿El paciente presenta algo de lo siguiente: Desinhibición, sedación, disminución de la coordinación, enrojecimiento de la piel o el rostro, dificultad para hablar, dificultad para caminar, vómito, falta de atención o problemas de memoria, ritmo cardíaco acelerado, confusión, dificultad grave para hablar, delirios o alucinaciones.

## Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

- Instrucciones para el entrevistador: Cite las palabras exactas del paciente. Recuerde establecer objetivos que sean concretos, medibles y alcanzables.

9. ¿Qué le inquieta acerca de su riesgo de sobredosis?	Problemas:
10. ¿Qué le inquieta acerca de su riesgo de abstinencia?	Problemas:
11. ¿Qué le inquieta acerca de la posibilidad de usar medicamentos u otro tratamiento para los síntomas de abstinencia, si los hubiera?	Problemas:
12. ¿Qué objetivos tiene con relación al manejo de la abstinencia o el riesgo de sobredosis?	Objetivos:

Marque con un círculo la intensidad y la urgencia de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 1:

### CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD: DIMENSIÓN 1 (posibilidad de intoxicación aguda o abstinencia)

Si necesita orientación para evaluar el riesgo, consulte las Matrices de clasificación de riesgos en los ASAM Criterios, 3.ª Edición:

- Para el alcohol, consulte las páginas 147 a 154.
  - Para los sedantes e hipnóticos, consulte las páginas 155 a 161.
  - Para los opioides, consulte "Matriz de evaluación de riesgos" en la página 162.
- **Nota:** La abstinencia de estimulantes que causan las catinonas (sales de baño) o las dosis elevadas de anfetaminas de venta con receta se pueden asociar con episodios psicóticos intensos para lo cual se requiere un nivel de atención más elevado.

<input type="checkbox"/> 0 Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Leve	<input type="checkbox"/> 2 Moderada	<input type="checkbox"/> 3 Grave	<input type="checkbox"/> 4 Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay síntomas de abstinencia o intoxicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación leve o moderada.</li> <li>• Interfiere con el funcionamiento diario.</li> <li>• Riesgo mínimo de abstinencia grave.</li> <li>• No representa un peligro para sí mismo o los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que presente intoxicación grave, pero responde al apoyo.</li> <li>• Riesgo moderado de abstinencia grave.</li> <li>• No representa un peligro para sí mismo o los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación grave con riesgo inminente de peligro para sí mismo o los demás.</li> <li>• Dificultad para sobrellevar los síntomas.</li> <li>• Riesgo considerable de abstinencia grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente está incapacitado.</li> <li>• Signos y síntomas graves.</li> <li>• Presenta señales de peligro (p. ej., convulsiones).</li> <li>• El uso continuo de la sustancia representa un riesgo de vida inminente.</li> </ul>
	Seguimiento del manejo de la abstinencia (withdrawal management, WM) para síntomas controlados o leves.	Priorizar el enlace con los servicios médicos de WM.	Necesidad de WM urgente, de alto riesgo; necesidad alta de apoyo las 24 horas.	Peligro inminente, Departamento de Emergencias.
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Estimulantes: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:				
Comentarios adicionales:				

- **Instrucciones para el entrevistador:** Si necesita ayuda para evaluar la Dimensión 1 (D1), consulte los ASAM Criterios, 3.ª Edición, el recuadro con el título "Consideraciones para la evaluación de la Dimensión 1" en la página 44.

## DIMENSIÓN 2: CONDICIONES Y COMPLICACIONES BIOMÉDICAS

1. ¿Tiene un terapeuta de atención primaria que maneje sus inquietudes médicas?  Sí  No  
 [Se debe identificar a los proveedores de atención médica con fines de colaboración y divulgación de la información].

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Contacto del proveedor: \_\_\_\_\_

2. ¿Actualmente toma algún medicamento? Enumere todos los medicamentos conocidos para condiciones médicas o físicas, incluidos los de venta libre (los medicamentos para la salud mental se abordarán en la siguiente sección).

MEDICAMENTOS	DOSIS (si se conoce)	FRECUENCIA (p. ej., 1, 2, 3 o 4 veces al día)	PROPÓSITO (para el tratamiento de qué síntoma o enfermedad)	NOTAS

- ¿Consumo marihuana o productos relacionados con la marihuana (incluido el cannabidiol [CBD] u otros extracto) como medicina?  
 Sí  No

Especifique el tipo: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Propósito (síntoma o enfermedad física): \_\_\_\_\_

- ¿Usa algún anticonceptivo?  Sí  No/N/A Especifique el tipo: \_\_\_\_\_

► **Nota para el entrevistador:**

- En el caso de los pacientes que informen el consumo de marihuana o productos relacionados con la marihuana, consulte los resultados de las evaluaciones de pacientes, como la Quick Screen V1.0.OF1ASSIST del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse, NIDA). ¿El paciente tiene riesgo de trastornos por consumo de cannabis?
- Consulte los antecedentes de consumo de sustancias en la Dimensión 1 para determinar las posibles interacciones de drogas o el aumento de la posibilidad de uso indebido; p. ej., opioides recetados para el tratamiento del dolor crónico en un paciente con trastornos por uso opioides.
- Use las habilidades de entrevista motivacional (motivational interviewing, MI) para explorar el impacto del consumo de cualquier sustancia que pudiera ser riesgosa.

3. ¿Tiene en este momento alguna inquietud por algún problema médico o físico, o alguna incapacidad?  Sí (o no lo sabe)  No  
 Describa:

4. ¿Aproximadamente cuándo fue la última vez que consultó a un médico u otro terapeuta de atención médica? (Mes y año, si los sabe):  
 ¿Por qué consultó al profesional? (si lo sabe).

5. Le voy a leer una lista de problemas de salud. ¿Tiene actualmente o le diagnosticaron alguna vez algo de lo siguiente?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón                | <input type="checkbox"/> Convulsiones o problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas musculares o de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Diabetes            |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                 | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista                        | <input type="checkbox"/> Problemas del sueño |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                      | <input type="checkbox"/> Problemas renales                     | <input type="checkbox"/> Problemas de audición                        | <input type="checkbox"/> Dolor crónico       |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre              | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos                   | <input type="checkbox"/> Problemas dentales                           | <input type="checkbox"/> Dolor agudo         |
| <input type="checkbox"/> VIH                                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis viral (A, B o C)            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                            |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales | <input type="checkbox"/> Asma o problemas pulmonares           | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual: _____    |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique el tipo):        | <input type="checkbox"/> Infecciones: _____                    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Alergias:                            |  |   |  |

6. **Observaciones del entrevistador:** ¿Alguno de estos problemas físicos o médicos es potencialmente **infeccioso** para el personal u otros pacientes? (Si no está seguro, consulte a un médico o un enfermero). Describa:

Sí  No

7. (Confirme o pregunte si lo desconoce) ¿Todos estos problemas médicos o físicos están bien controlados o estables con el tratamiento actual? Describa:

- No estoy seguro  
 Inestable o sin control  
 Estable con tratamiento  
 Estable sin tratamiento  
 N/A

8. ¿Necesita tratamiento adicional para síntomas o problemas nuevos, que estén empeorando o que sean más graves? Describa:

Sí  No  
 No sé

9. ¿Estos problemas médicos o físicos (indicados en la tabla de arriba) fueron causados o empeoraron por el consumo de alcohol u otras drogas? (P. ej. hace que descuide su tratamiento, empeora el problema médico o físico, provoca lesiones por la administración de inyecciones) Describa:

Sí  No  
 No sé

10. ¿Tiene todas las vacunas al día? (COVID; tétanos, difteria y tos ferina [tetanus, diphtheria, and pertussis; TDAP]; influenza; hepatitis A y B; sarampión, paperas y rubéola [measles, mumps, and rubella; MMR]; tétanos; varicela; etc.)

Sí  No  
 No sé

11. Si se le asignó el sexo femenino al nacer, ¿es una persona embarazada o cree que podría serlo?

- Sí  No/N/A  
 No estoy segura  
 1.º trimestre;  
0 a 13 semanas  
 2.º trimestre;  
14 a 27 semanas  
 3.º trimestre;  
28 semanas o más

a. Si la respuesta es sí, ¿en qué semana o trimestre del embarazo está?

b. Si la respuesta es sí, ¿consultó a un terapeuta para recibir atención durante el embarazo?  Sí  No/N/A

12. Comentarios adicionales sobre condiciones físicas o médicas, u hospitalizaciones previas (incluya las fechas y las razones):

Notas:

## Escalas de autoinforme

Para las siguientes preguntas, las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
<p><b>13.</b> ¿En qué medida estos problemas de salud (mencionados anteriormente) dificultan que pueda cuidar de usted mismo? (p. ej., higiene, aseo personal, vestirse, comer, hacer tareas domésticas, vivir de forma independiente, etc.) Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>14.</b> ¿En qué medida alguno de estos problemas de salud dificultan que vaya a la escuela, al trabajo, socialice, se dedique a algún pasatiempo u otras actividades de su interés? Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>15.</b> ¿En qué medida estos problemas de salud dificultan su asistencia al tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) o permanencia? Describa:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No corresponde</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>16.</b> ¿Cuenta con alguien que pueda apoyarle con estos problemas de salud? (Averigüe, incluso si “no necesita ayuda”, ¿tiene a una persona de apoyo?) Describalo:</p> <p>► <b>Nota:</b> Si un paciente tiene un problema de salud física que impide que acuda al tratamiento de manera constante, ¿cuenta con personas de apoyo que le ayuden a manejar su condición y garanticen su asistencia al tratamiento?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tal vez <input type="checkbox"/> No				

## Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

<p><b>17.</b> ¿Qué inquietudes tiene sobre sus afecciones médicas o de salud física?</p>	Problemas:
<p><b>18.</b> ¿Qué objetivos tiene con relación a su salud física o afecciones médicas?</p>	Objetivos:
<p><b>19. Preguntas que debe contestar el entrevistador:</b> ¿El paciente informa tener síntomas médicos o físicos que puedan considerarse una amenaza potencialmente mortal o requieran atención inmediata?</p> <p>Notas:</p> <p>►*Si la respuesta es sí, considere una referencia inmediata al ED o llame al 911.</p>	<input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> No



Marque con un círculo la intensidad y la urgencia de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 2:

### Clasificación de gravedad: Dimensión 2 (Condiciones y complicaciones biomédicas)

<input type="checkbox"/> 0 Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Leve	<input type="checkbox"/> 2 Moderada	<input type="checkbox"/> 3 Grave	<input type="checkbox"/> 4 Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plenamente funcional, sin dolor o molestia considerable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas leves que interfieren mínimamente con el funcionamiento cotidiano.</li> <li>• Puede sobrellevar el malestar físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los problemas biomédicos agudos o crónicos no representan un peligro mortal, pero se han descuidado y exigen un tratamiento nuevo o distinto.</li> <li>• Problemas de salud con un impacto moderado en las *actividades de la vida diaria (Activities of Daily Life, ADL) y para vivir de manera independiente.</li> <li>• Apoyo suficiente para manejar los problemas médicos en casa con intervención médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas médicos con control deficiente que requieren evaluación.</li> <li>• Poca capacidad de sobrellevar los problemas médicos.</li> <li>• Apoyo insuficiente para manejar los problemas médicos de manera independiente.</li> <li>• Dificultad con las ADL o para vivir de manera independiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición inestable con problemas médicos graves**, entre los que se incluyen:</li> <li>• Dolor en el pecho que representa una emergencia.</li> <li>• Delirium tremens (DT)***.</li> <li>• Embarazo inestable.</li> <li>• Vómito de sangre color rojo brillante.</li> <li>• Convulsión por abstinencia en las últimas 24 horas.</li> <li>• Convulsiones recurrentes.</li> </ul>
	<p>Seguimiento regular y servicios de baja intensidad para las afecciones controladas.</p>	<p>Prioridad de seguimiento y evaluación para afecciones nuevas o no controladas.</p>	<p>Se necesita evaluación y tratamiento, incluido monitoreo médico junto con atención de enfermería las 24 horas para garantizar la estabilización.</p>	<p>Se necesita evaluación y tratamiento, incluido monitoreo médico junto con atención de enfermería las 24 horas para garantizar la estabilización.</p>

\*ADL (actividades de la vida diaria), por ejemplo: vestirse, cocinar, afeitarse, trabajar y socializar.

\*\*Incoherencia o confusión que no es típica de la intoxicación.

\*\*\*Si el paciente tiene una afección médica de emergencia o inestable, llame al 911 o haga una referencia urgente al ED.

#### Instrucciones para el entrevistador:

Si necesita orientación para evaluar la Dimensión 2, consulte los ASAM Criterios, 3.ª Edición, "Consideraciones de evaluación" en el cuadro de texto de la parte inferior de la página 45.

Si necesita orientación con la clasificación de riesgo y las modalidades de la Dimensión 2, consulte el cuadro de texto "Dimensión 2: Condiciones y Complicaciones Biomédicas" en la página 76 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.

### DIMENSIÓN 3: CONDICIONES Y COMPLICACIONES EMOCIONALES, DE CONDUCTA O COGNITIVAS

**1. Observaciones del entrevistador:** ¿El paciente está desorientado? ¿El paciente confirma, o usted sospecha que existen problemas cognitivos o de memoria?  Sí  No *Describe:*

**2.** ¿Alguna vez un terapeuta de salud física o mental le ha dicho que tiene un problema de salud mental o una lesión cerebral?  
*Describe: (p. ej., diagnóstico, fecha, tipo de lesión, si se conoce)*  Sí\*  No

**3.** ¿Está actualmente en tratamiento o ha recibido anteriormente tratamiento para sus problemas de salud mental o emocional?  
*Describe: (p. ej., entorno del tratamiento, hospitalizaciones, duración del tratamiento)*  Sí\*  No

**4. Si la respuesta es sí\*, ¿sus síntomas de salud mental han estado estables?**  
*(marque todas las opciones que correspondan)*

N/A  
 Estables con tratamiento o medicamentos  
 Estables sin tratamiento ni medicamentos  
 Inestables  
 No estoy seguro

**5.** Es posible que la siguiente pregunta sea sensible y usted puede elegir omitirla o responderla solo con un sí o un no, si así lo prefiere. ¿Alguna vez ha sufrido abuso *(esto incluye abuso físico, emocional o sexual)* o cualquier otro evento traumático?  
 Sí\*  No  
 Se omitió

**6.** Mencione todos los medicamentos que toma actualmente para sus afecciones psiquiátricas:  N/A

MEDICAMENTOS	DOSIS (si se conoce)	FRECUENCIA (p. ej., 1, 2, 3 o 4 veces al día)	PROPÓSITO (para el tratamiento de qué síntoma o enfermedad)

\*¿Consumo marihuana o productos relacionados con la marihuana (incluido el cannabidiol [CBD] u otros extracto) como medicina para alguna condición psiquiátrica?  Sí  No

Especifique el tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

**7.** ¿Tiene un proveedor de atención de salud mental? *[Se debe identificar a los proveedores de atención de salud mental con fines de colaboración y divulgación de la información].*  Sí  No  N/A

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Contacto del proveedor: \_\_\_\_\_

Notas:

8. Le voy a leer una lista de comportamientos y síntomas de salud mental que podrían ser inquietantes para algunas personas. ¿Puede decirme si algo de esto le ha causado molestia en los últimos 30 días? Además, si tiene estos síntomas, por favor, dígame si solo ocurren cuando consume o tiene abstinencia de alcohol o alguna otra droga. (Incluir los síntomas que observe el entrevistador, incluso si el paciente no está consciente de ellos)

ESTADO DE ÁNIMO	ÚLTIMOS 30 DÍAS	Solo al consumir o en caso de abstinencia de alcohol o alguna otra droga
Depresión o tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de placer o interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad o enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones del entrevistador: Habla acelerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación inusual de importancia o de grandeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos acelerados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ansiedad</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad o preocupación excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos que no puede detener aunque quiera o pensamientos obsesivos ( <i>no se incluyen los pensamientos sobre el consumo de sustancias</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductas que no puede detener aunque quiera o conductas compulsivas ( <i>no se incluye el consumo de sustancias</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recuerdos recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psicosis: incluir las observaciones del entrevistador</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia (p. ej., sentir que alguien lo vigila o persigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delirios, sentir que es especialmente importante de alguna manera o que recibe mensajes especiales, o que la gente busca lastimarlo ( <i>creencias falsas que son incongruentes con la cultura</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OTRO</b>		
Problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria y concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductas sexuales riesgosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresión física en contra de personas o propiedades; describir: ( <i>p. ej., ¿qué sucedió?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas:

<p>9. ¿Estos problemas (mencionados en la lista anterior) fueron causados o empeoraron por el consumo de alcohol u otras drogas? Describa:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<p>Notas:</p>
<p>10. ¿En ocasiones ve o escucha cosas que otras personas no escuchan ni ven? (P. ej., oír voces. Averigüe, si esto solo sucede al consumir o por la abstinencia del alcohol u otra droga) Describa:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>11. ¿Ha pensado en lastimarse? ¿Ha pensado que estaría mejor si muriera? Describa:</p> <p>a. <b>*Si la respuesta es sí:</b> ¿Tiene esos pensamientos actualmente?</p> <p>► <b>Nota para el entrevistador:</b> Busque orientación clínica de inmediato o comuníquese con los servicios de emergencia debido al peligro de daño inminente para el paciente u otras personas. Evalúe el riesgo grave de suicidio u homicidio (p. ej., planes, acceso a armas de fuego, etc.).</p> <p>b. ¿Alguna vez concretó estas sensaciones de querer lastimarse?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>12. ¿Ha pensado en lastimar a otras personas? Describa:</p> <p>a. <b>Si la respuesta es sí:</b> ¿Ha tenido esos pensamientos hoy?</p> <p>b. ¿Alguna vez concretó estas sensaciones de querer lastimar a otras personas?</p> <p>► <b>Instrucciones para el entrevistador:</b> Siga todas las leyes y procedimientos locales para informar eventos denunciables relacionados con el daño a sí mismo, a otras personas, a ancianos o a niños.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Escalas de autoinforme

Para las siguientes preguntas, las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
<p>13. ¿En qué medida alguno de estos síntomas de salud emocional de la lista que analizamos anteriormente dificultan que pueda cuidar de usted mismo? ((p. ej., higiene, aseo personal, vestirse, comer, hacer tareas domésticas, vivir de forma independiente, etc.) Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>14. ¿En qué medida alguno de estos síntomas de salud emocional dificultan que vaya a la escuela, al trabajo, socialice, se dedique a algún pasatiempo u otras actividades de su interés? Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>15. ¿En qué medida estos síntomas de salud emocional dificultan su asistencia al tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (SUD) o permanencia? Describa:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No corresponde</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

<p><b>16.</b> ¿Qué problemas graves (si hubiera) han causado estos síntomas de salud mental o emocional? Problema: ¿Existe algún problema o síntoma que sea peor para usted?</p>	<p>Problemas:</p>	<p>Notas:</p>
<p><b>17.</b> ¿Qué inquietudes o preocupaciones tiene sobre la posibilidad de recibir tratamiento para sus problemas de salud mental o síntomas emocionales?</p>	<p>Objetivos:</p>	
<p><b>18.</b> ¿Qué objetivos tiene en relación con su salud mental y emocional?</p>	<p>Objetivos:</p>	

**19. Observaciones del entrevistador:** ¿Se necesita una evaluación de salud mental más exhaustiva?  Sí  No  
 Describa:

Marque con un círculo la intensidad y la urgencia de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 3:

### Clasificación de gravedad: Dimensión 3 (Condiciones y complicaciones emocionales, de conducta y cognitivas)

<input type="checkbox"/> <b>0</b> Ninguna	<input type="checkbox"/> <b>1</b> Leve	<input type="checkbox"/> <b>2</b> Moderada	<input type="checkbox"/> <b>3</b> Grave	<input type="checkbox"/> <b>4</b> Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay síntomas peligrosos.</li> <li>Buen funcionamiento social.</li> <li>Buen cuidado personal.</li> <li>No hay síntomas que interfieran con la recuperación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible diagnóstico de una condición emocional, de conducta o cognitiva.</li> <li>Requiere monitoreo para la condición de salud mental estable.</li> <li>Los síntomas no interfieren con la recuperación.</li> <li>Algunas deficiencias con las relaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los síntomas son una distracción para la recuperación.</li> <li>Requiere tratamiento y manejo de la condición de salud mental.</li> <li>No representa una amenaza para sí mismo o los demás.</li> <li>Los síntomas no impiden el funcionamiento independiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es capaz de cuidarse a sí mismo en casa.</li> <li>Podría tener impulsos peligrosos de lastimarse o lastimar a otras personas.</li> <li>Requiere apoyo las 24 horas.</li> <li>En riesgo de convertirse en clasificación 4 (muy grave) si no recibe tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas potencialmente mortales que incluyen ideas suicidas.</li> <li>Psicosis.</li> <li>Representa un peligro inminente para sí mismo o los demás.</li> </ul>
	Evaluación más exhaustiva y referencia o seguimiento con el proveedor actual de salud mental (mental health, MH).	Priorizar seguimiento o nueva evaluación con el proveedor de MH para las afecciones nuevas o no controladas.	Evaluación y tratamiento urgentes para signos y síntomas de inestabilidad.	Evaluación inmediata en el Departamento de Emergencia.

► **Instrucciones para el entrevistador:**

- Tome en cuenta las deficiencias cognitivas.
- Elija la calificación que se acerque más a sus impresiones generales. Es posible que los pacientes no presenten todos los síntomas que se mencionan en una clasificación de gravedad. Los antecedentes funcionales de un paciente **NO** invalidan el estado. El nivel de funcionamiento actual **SÍ** invalida los antecedentes funcionales (consulte la página 56 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición).

**Instrucciones para el entrevistador:**

Si necesita orientación para evaluar la Dimensión 3, consulte las páginas 46 a 48, y 77 a 81 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.

Si necesita orientación para evaluar el impacto cognitivo sobre la colocación, consulte la página 234 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.

## DIMENSIÓN 4: DISPOSICIÓN AL CAMBIO

1. Le voy a leer una lista de cosas que en ocasiones se ven afectadas por el consumo de alcohol o alguna otra droga. Indique qué tanto afecta el consumo de alcohol o alguna otra droga estos aspectos de su vida. Las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

► **Instrucciones para el entrevistador:** Ya que es común la presencia simultánea de varios trastornos, explore también qué tan preparado está el paciente para abordar los posibles diagnósticos o problemas de salud mental.

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud mental/emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasatiempos/recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuntos legales (p. ej., conducir bajo el efecto del alcohol o las drogas [driving under the influence, DUI])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parejas románticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfrutar actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Función sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene/Cuidado personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas:

► **Notas:** Incluir las **observaciones del entrevistador**. ¿El paciente muestra **curiosidad, interés o comprensión**? ¿El paciente muestra curiosidad o interés por conocer el impacto que tiene el consumo de sustancias sobre sí mismo y las personas cercanas? ¿Muestra cierta comprensión de los problemas, por ejemplo las consecuencias de su consumo? (como DUI, infecciones de transmisión sexual, etc.)

► **Instrucciones para el entrevistador:** Cuando sea posible y adecuado, reproduzca el lenguaje del paciente. Al hacer preguntas, use las mismas palabras o frases que el paciente usa para describir sus experiencias. Involucra al paciente en aquellos aspectos que esté más preparado para cambiar. Recuerde que el paciente está dispuesto a Actuar para abordar al menos un problema, de lo contrario no hubiera acudido a la evaluación. Las personas podrían estar en etapas distintas para cada prioridad (MH y SUD en comparación a un problema físico o social). Use sus habilidades de MI para desarrollar discrepancias entre cualquier problema mencionado por el paciente y su evaluación respecto a si la adicción es un problema. Para conocer más información sobre la disposición al cambio, consulte las páginas 49 y 50 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.

2. ¿Cree que **cambiar** la manera en que consume sustancias podría mejorar alguno de estos aspectos de su vida (los de la lista de arriba)? Describa:  Sí  No  
 No sé

Notas:

3. ¿Cree que necesita tratamiento para cambiar la manera en que consume sustancias?  Sí  
 No, no es un problema  
 No, puedo parar en cualquier momento sin ayuda  
 No sé

4. **Observaciones del entrevistador:** ¿Qué etapas de cambio muestra el paciente? (encierre una en un círculo) ¿La etapa de cambio es diferente para otros asuntos problemáticos?

Asunto problemático: \_\_\_\_\_  
 Precontemplación  Contemplación  Preparación  Acción  Mantenimiento

Asunto problemático: \_\_\_\_\_  
 Precontemplación  Contemplación  Preparación  Acción  Mantenimiento

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	Notas:
<p>5. Según los asuntos problemáticos que acabamos de analizar, ¿en qué medida el consumo de sustancias es un problema para usted? Las opciones de respuesta son "Para nada", "Un poco", "Algo", "Mucho" o "Extremadamente". Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>6. ¿Ha hecho algo en el pasado para cambiar su manera de consumir alcohol u otras drogas (p. ej., ir a grupos de ayuda mutua, cambiar las sustancias que consume, cambiar de amigos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:</p>						
<p>a. Si ha recibido tratamiento, ¿qué tanto le sirvió? Describa:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>7. ¿Tiene alguna inquietud o miedo que le dificulte asistir a las sesiones de tratamiento o permanecer en él (p. ej., estigmas; ya no tendré amigos; no me quiero alejar de mi familia; no tengo tiempo; problemas de vivienda; cuidado seguro de los niños; mi pareja doméstica no me apoyará con mi recuperación, otra)? Describa:</p> <p>► <b>Observaciones del entrevistador:</b> (p. ej., poca comprensión)</p>				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>8. ¿Quiere dejar de consumir o reducir el consumo de alcohol o alguna otra droga? Describa:</p>				<input type="checkbox"/> Sí, dejar de consumir <input type="checkbox"/> Sí, reducir el consumo <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> No, ninguna de las opciones		

### Escalas de autoinforme

9. ¿A qué persona cercana a usted le importa que deje de consumir o reduzca el consumo (p. ej., libertad condicional, tribunales, familia, Servicios de Protección de Menores, empleador, etc.)?  
Lista:

Para las siguientes preguntas, las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
10. ¿Cuánto siente que <b>les</b> importa que usted deje de consumir o reduzca el consumo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Qué tan <b>importante</b> es para usted <b>hacer cambios en su vida</b> en este momento (cambios relacionados con el SUD, la salud mental u otros temas)? Describa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>Observaciones del entrevistador:</b>					
12. ¿Qué tan importante es para usted <b>dejar de consumir alcohol u otras drogas</b> ? Describa: (Por ejemplo, ¿por qué es importante?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Qué tan <b>preparado</b> está para dejar de consumir o reducir el consumo de alcohol o cualquier otra droga? Describa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>Observaciones del entrevistador:</b>					
14. Dejando de lado las opiniones de los demás acerca de su consumo, ¿qué tan importante es <b>para usted</b> recibir <b>tratamiento</b> para abordar su consumo de alcohol u otras drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

➤ **Instrucciones para el entrevistador:** Si el paciente **no** está preparado para cambiar su consumo de alcohol u otras sustancias, ¿está listo para hacer cambios en **otras** áreas? Averigüe para obtener más información sobre otras áreas que el paciente quiera cambiar.

¿Hay otras cosas en su vida que quisiera que fueran distintas a lo que son actualmente?	Problemas:	Notas:
Si las cosas fueran mejores de lo que son actualmente, ¿cómo serían?	Objetivos:	
¿Qué inquietudes tiene sobre los cambios en su consumo de alcohol u otras drogas o sobre otros aspectos de su vida (para lograr sus objetivos)?	Problemas:	



Marque con un círculo la intensidad y la urgencia de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 4:

**Calificación de gravedad: Dimensión 4 (Disposición al cambio)**

<input type="checkbox"/> 0 Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Leve	<input type="checkbox"/> 2 Moderada	<input type="checkbox"/> 3 Grave	<input type="checkbox"/> 4 Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante proactivo y responsable, en tratamiento.</li> <li>• Comprometido a cambiar su consumo de alcohol u otras drogas (Alcohol or Other Drug, AOD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispuesto a empezar un tratamiento.</li> <li>• Indeciso sobre la necesidad de cambiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacio a aceptar tratamiento.</li> <li>• Poco compromiso ante cambiar su consumo de AOD.</li> <li>• Apego variable al tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es consciente o no tiene interés en cambiar.</li> <li>• No está dispuesto o solo es parcialmente capaz de cumplir el tratamiento.</li> <li>• Cumple pasivamente; no centra su atención en el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niega la necesidad del cambio.</li> <li>• Tiene conductas potencialmente peligrosas.</li> <li>• Poco dispuesto o incapaz de seguir las recomendaciones del tratamiento.</li> </ul>
	Requiere servicios de baja intensidad para mejorar la motivación.	Requiere servicios de moderada intensidad para mejorar la motivación.	Requiere servicios de alta intensidad para mejorar su compromiso o motivación y así prevenir una disminución de su funcionamiento y seguridad.	Se requiere una colocación segura para situaciones graves o de peligro inminente, u observación estrecha.

**Comentarios adicionales:**

**Instrucciones para el entrevistador:**

Si necesita orientación para evaluar la Dimensión 4, consulte los ASAM *Criteria*, 3.ª Edición, el cuadro de texto “Consideraciones de evaluación” en la parte superior de la página 50.

## DIMENSIÓN 5: Recaída, consumo reiterado o continuación de posibles problemas

<p>1. ¿Cuál ha sido el periodo más largo sin consumir alcohol o alguna otra droga?</p> <p>a. ¿Hace cuánto terminó?</p> <p>► <b>Instrucciones para el entrevistador:</b> No se trata de una recaída si el paciente no está o nunca ha estado en recuperación.</p>	<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> N/A, nunca	<p>Notas:</p>
<p>2. ¿Qué lo ayudó a pasar todo ese tiempo sin consumir alcohol o alguna otra droga? (Averigüe las fortalezas personales, apoyo de los pares, medicamentos, tratamientos, etc.)</p> <p>► <b>Notas para el entrevistador:</b></p>	<input type="checkbox"/> N/A, nunca		
<p>3. Si tuvo una recaída en el pasado, ¿qué tipo de cosas cree que lo llevaron a esa recaída?</p> <p>► <b>Notas para el entrevistador:</b></p>	<input type="checkbox"/> N/A, nunca		
<p>4. Si planea dejar de consumir o reducir el consumo, ¿cómo va a cumplir este objetivo? (p. ej., hacerlo sin ayuda; hacer un tratamiento; tomar medicamentos según se indique; acudir a grupos de autoayuda; cambiar las relaciones, el trabajo, los hábitos o circunstancias, etc.)? Describa:</p>	<input type="checkbox"/> N/A		
<p>5. ¿Qué problemas podrían aparecer o empeorar si no consigue ayuda para tratar su consumo de alcohol u otras drogas, o para atender sus problemas de salud mental? (Averigüe qué tan pronto podrían ocurrir estas cosas, los riesgos a corto plazo, y los riesgos a largo plazo)</p>			
<p>6. Observaciones del entrevistador: ¿Qué tan graves, peligrosas e INMINENTES* son las consecuencias de la situación actual? Describa:</p> <p>► <b>Instrucciones para el entrevistador:</b> Para ayudar a identificar posibles emergencias, considere las probabilidades de que las conductas representen un riesgo significativo de que haya consecuencias adversas graves para la persona y los demás (como conducir de manera imprudente estando intoxicado, suicidio o negligencia con un hijo) en el futuro muy cercano, es decir, en un plazo de horas o días, en vez de semanas o meses. (Consulte la página 65 y el gráfico de la página 67 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición).</p>	<input type="checkbox"/> Consecuencias: pocas/leves/ninguna/no inminentes <input type="checkbox"/> Consecuencias: algunas/nada graves/en semanas o meses <input type="checkbox"/> Consecuencias: muchas/graves/inminentes en horas o días		

## Escalas de autoinforme

Le voy a leer una lista de preguntas sobre factores de presión constantes con los que podría estar lidiando actualmente. Podrían ser el tipo de factores de estrés que lo hacen consumir o querer consumir alcohol u otras drogas. Las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

¿En qué medida lo que se menciona a continuación lo ha incomodado o ha sido un detonante para usted?

	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
7. Antojos, síntomas de abstinencia o efectos negativos del consumo de alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Presión social (amigos, en el trabajo, la escuela, en casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dificultad para lidiar con sentimientos y emociones ( <i>Averigüe si tiene ansiedad, depresión, aburrimiento, enojo, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Factores de estrés financiero ( <i>p. ej., pagar servicios, preocupación por quedarse sin trabajo</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemas de salud física, incluidos asuntos problemáticos como el dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Qué tan probable es que recaiga o siga consumiendo alcohol u otras drogas si no recibe tratamiento o apoyo adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Qué problemas o detonantes emocionales han sido peores para usted en el último mes, más o menos? Describa:

14. En general, ¿cómo maneja estos asuntos problemáticos o factores desencadenantes? (*p. ej., ¿cómo los afronta?*)

15. ¿Siente que tiene un buen plan y la capacidad para lidiar con estos asuntos problemáticos o factores desencadenantes (*temas mencionados sobre los que se indagó más arriba*)? ¿Por qué sí o por qué no?

16. **Observaciones del entrevistador:** ¿El paciente demuestra comprender bien sus factores desencadenantes, síntomas de MH, mecanismos de afrontamiento y otros riesgos?

Sí, buena comprensión    Algo de comprensión    Comprensión muy limitada    Baja comprensión, lo cual es peligroso

Describa:

## Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

<p>17. ¿Cuáles son los asuntos problemáticos actuales más apremiantes que podrían causarle inconvenientes o hacer que consuma más alcohol u otras drogas de lo que pensaba?</p>	<p>Problemas:</p>	<p>Notas:</p>
<p>18. ¿Cómo serían las cosas si estos temas se resolvieran? ¿Qué se necesita para resolverlos?</p>	<p>Objetivos:</p>	

Marque con un círculo la **intensidad** y la **urgencia** de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 5:

### Clasificación de gravedad: Dimensión 5 (recaída, consumo reiterado o continuación de posibles problemas)

<input type="checkbox"/> 0 Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Leve	<input type="checkbox"/> 2 Moderada	<input type="checkbox"/> 3 Grave	<input type="checkbox"/> 4 Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>La posibilidad de recaída es baja o nula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo mínimo de consumo.</li> <li>Habilidades aceptables de afrontamiento y prevención de recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso inconsistente o escaso de las habilidades de afrontamiento.</li> <li>Capaz de autocontrolarse con indicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco reconocimiento del riesgo que implica el consumo.</li> <li>Habilidades escasas para afrontar recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nula habilidad para afrontar recaídas o problemas de adicción.</li> <li>El consumo de sustancias o el comportamiento representa un peligro inminente para el paciente u otras personas.</li> </ul>
	<p>Se necesitan servicios de baja intensidad para la prevención de recaídas, o un grupo de apoyo o de autoayuda.</p>	<p>Se necesitan servicios y educación para la prevención de recaídas. <b>Posiblemente</b> sea necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>manejo de casos intensivos</li> <li>administración de medicamentos</li> <li>tratamiento comunitario asertivo</li> </ul>	<p>Servicios de prevención de recaídas que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>capacitación estructurada para adquirir habilidades de afrontamiento</li> <li>estrategias motivacionales</li> <li>manejo de casos asertivo y tratamiento comunitario asertivo</li> <li><b>posible</b> necesidad de un entorno de vida estructurado</li> </ul>	<p>Es probable que necesite todos los servicios que se indican en la calificación "grave".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En casos agudos, se necesita un entorno de vida con manejo clínico las 24 horas. O</li> <li>En casos crónicos y situaciones que no representen un peligro inminente, se necesita un entorno de vida que brinde apoyo las 24 horas.</li> </ul>

► **Instrucciones para el entrevistador:** Para ayudar a identificar posibles emergencias, considere las probabilidades de que las conductas representen un riesgo significativo de que haya consecuencias adversas graves para la persona y los demás (como conducir de manera imprudente estando intoxicado, suicidio o negligencia con un hijo) en el futuro muy cercano, es decir, en un plazo de horas o días, en vez de semanas o meses. **Siga los protocolos de emergencia** de su agencia y condado para situaciones de peligro inminente y eventos denunciados.

Comentarios adicionales:

### Instrucciones para el entrevistador:

Si necesita orientación para evaluar la Dimensión 5, consulte las páginas 51 y 52, y 85 a 87 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.

## DIMENSIÓN 6: ENTORNO DE RECUPERACIÓN Y DE VIDA

1. En los dos últimos meses, ¿ha residido en una vivienda estable que sea de su propiedad o que usted alquile o en la cual viva como un miembro del hogar?

(Una respuesta negativa indica que carece de hogar).

Sí  No (**Nota para el entrevistador:** Marque "No" si el paciente reside en un "alojamiento temporal", vive en exteriores o vive en un automóvil)

Describa:

2. ¿Le preocupa o inquieta la posibilidad de que en los próximos dos meses NO tenga una vivienda estable que sea de su propiedad o que usted alquile o en la cual viva como un miembro del hogar? (Una respuesta afirmativa indica riesgo de quedarse sin hogar).

Describa:

3. ¿Necesita una vivienda diferente a la que tiene?  Sí  No

Describa:

4. ¿Con quién vive? (amigos, familia, pareja, compañeros de habitación)

Describa:

5. ¿Trabaja, va a la escuela, está jubilado, tiene una discapacidad o está desempleado?

Escuela  Trabajo  Jubilado  Discapacidad  Otro: \_\_\_\_\_

Describa: (Averigüe las habilidades laborales)

6. ¿Cuáles son sus fuentes de apoyo financiero?

Trabajo remunerado  Beneficios (Seguridad de Ingreso Suplementario [Social Security Income, SSI], Seguro por Incapacidad del Seguro Social [Social Security Disability Insurance, SSDI])  
 Familiares o amigos  Ilegal o "debajo de la mesa"  Otra:

a. ¿Cuál de las siguientes es su principal fuente de ingresos? (Encierre en un círculo una de las opciones)

7. ¿Cómo pasa su tiempo libre? (p. ej., cuando no trabaja. (Averigüe sobre el tiempo libre cuando no consume alcohol u otras drogas)

Describa:

8. ¿Tiene alguna dificultad para leer o aprender que requiera apoyo? (p. ej., ¿necesitaba apoyo en la escuela, necesita apoyo por su discapacidad en el trabajo? ¿Puede usar libros de ejercicios, computadoras y el correo electrónico?)

Sí  No

Describa:

9. ¿Tiene necesidades en alguna de las siguientes áreas en las que necesite ayuda mientras disminuye el consumo de alcohol u otras drogas?

- Transporte       Guardería       Vivienda       Empleo  
 Educación       Aspecto legal       Finanzas       Otra: \_\_\_\_\_

► **Instrucciones para el entrevistador:** Use sus habilidades de MI para desarrollar discrepancias entre los problemas mencionados previamente por el paciente y si necesita apoyo en las áreas indicadas.

10. ¿Está involucrado con alguna de las siguientes agencias de servicios sociales?

- Servicios de Protección para Menores       Agencia de Servicios Tribales  
 Salud y Servicios Humanos  
 Otra:

11. ¿Ha tenido problemas con el sistema de justicia penal con relación al consumo de alcohol u otras drogas?

Sí\*     No

Mencione si el paciente se involucra en conductas criminales relacionadas con el consumo de drogas (p. ej., para conseguir dinero para comprar alcohol u otras drogas, o por estar bajo la influencia de sustancias).

Sí     No

¿Actualmente se encuentra bajo libertad condicional, o bajo palabra o corte de desviación?

Describa cualquier antecedente de encarcelamiento:

12. ¿Se le requirió que realice un tratamiento para el SUD? (p. ej., a pedido de Servicios de Protección para Menores, su empleador, grupos profesionales, o para cumplir su libertad condicional o bajo palabra).

Sí     No

Describa:

13. ¿Es usted veterano? (Es posible que los veteranos tengan acceso a beneficios especiales, por ejemplo, vivienda).

Sí     No

Estado de veterano/Elegibilidad para beneficios de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA):

14. ¿Alguna vez participó en grupos de apoyo entre pares, como Narcóticos Anónimos (NA), Alcohólicos Anónimos (AA), recuperación del Equipo de Evaluación y Referencias de Salud Mental del Condado de San Mateo (San Mateo County Mental Health Assessment and Referral Team, SMART), Recuperación Dual Anónima, Mujeres por la Recuperación, Organizaciones Seculares para la Sobriedad (Secular Organizations for Sobriety, SOS) u otro?

Sí     No

15. ¿Actualmente vive en un entorno en el que otras personas consumen drogas o alcohol con regularidad?

Sí\*     No

a. **Si la respuesta es sí**, ¿Tiene algún lugar alternativo para vivir donde no haya otras personas que consuman drogas o alcohol con regularidad?

Sí     No

16. ¿Alguna de sus relaciones actuales representa una amenaza para su seguridad?

Sí\*     No

a. Si la respuesta es sí:

Sí\*     No

i. ¿Esta persona ha usado un arma contra usted o le amenazó con un arma?

Sí\*     No

ii. ¿Esta persona amenazó con matarle a usted o a sus hijos?

Sí\*     No

iii. ¿Cree que esta persona podría intentar matarle?

17. ¿Existe actualmente otra situación que represente una amenaza para su seguridad?

Sí\*     No

18. ¿Alguna vez su consumo de alcohol u otras drogas creó situaciones peligrosas para usted o representó una amenaza para otros?

Sí\*     No

Describa:

► **Instrucciones para el entrevistador:** \*si la respuesta es sí, siga los protocolos de emergencia de su agencia y condado para situaciones de peligro inminente y eventos denunciados.

- Inmediato (HOY)       Urgente (EN UN PLAZO DE DÍAS)  
 Se requiere una colocación oportuna como parte del tratamiento regular.

## Escalas de autoinforme

Le voy a leer una lista de preguntas sobre cosas de su entorno que podrían afectarle. Las opciones de respuesta son “Para nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” o “Extremadamente”.

<p><b>19.</b> ¿Hay personas, lugares o cosas que le brinden apoyo para dejar de consumir o reducir el consumo de AOD?</p>	<p>Personas que le brindan apoyo: (Lista)</p>	<p>Lugares que le brindan apoyo:</p>	<p>Cosas que le brindan apoyo:</p>																														
<p>a. ¿En qué medida le brindan apoyo?</p>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<p><b>20.</b> ¿Hay personas, lugares o cosas que le dificulten dejar de consumir o reducir el consumo?</p>	<p>Personas:</p>	<p>Lugares:</p>	<p>Cosas:</p>																														
<p>a. ¿Qué tanto lo dificultan?</p>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Para nada</td> <td>Un poco</td> <td>Algo</td> <td>Mucho</td> <td>Extremadamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													

## Afirmaciones sobre los problemas y objetivos (opcional; para fines de planificación del tratamiento)

<p><b>21.</b> ¿Qué inquietudes o problemas tiene con la situación de vivienda actual o su entorno?</p>	<p>Problemas:</p>	<p>Notas:</p>
<p><b>22.</b> ¿Qué cambios en su trabajo, casa o comunidad es capaz de hacer o está dispuesto a hacer para que le ayuden a reducir o detener su consumo de alcohol u otras drogas? (p. ej., buscar el apoyo de pares, mudarse, cambiar de trabajo, cambiar de amigos)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No está seguro</p> <p>Objetivos:</p>	
<p><b>23.</b> ¿Qué cambios en su trabajo, casa o comunidad no puede o no está dispuesto a hacer para reducir o detener su consumo de alcohol u otras drogas? (p. ej., buscar el apoyo de pares, mudarse, cambiar de trabajo, cambiar de amigos)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No está seguro</p> <p>Describe:</p>	
<p><b>24.</b> Si las cosas en su entorno mejoran, ¿cómo sería? ¿Cuáles son sus objetivos en relación con su entorno? Podría incluir conseguir trabajo, volver a la escuela, obtener servicios sociales, etc.</p>	<p>Objetivos:</p>	

Marque con un círculo la intensidad y la urgencia de las necesidades ACTUALES del paciente para recibir servicios con base en la información recopilada en la Dimensión 6:

### Clasificación de gravedad: Dimensión 6 (Entorno de recuperación y de vida)

<input type="checkbox"/> 0 Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Leve	<input type="checkbox"/> 2 Moderada	<input type="checkbox"/> 3 Grave	<input type="checkbox"/> 4 Muy grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede afrontar sus problemas en un entorno que le da apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo social pasivo o desinteresado, pero aun así es capaz de afrontar sus problemas.</li> <li>• Su entorno no presenta riesgos de seriedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su entorno no le brinda apoyo, pero la mayor parte del tiempo es capaz de afrontar sus problemas en la comunidad con una estructura clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su entorno no le brinda apoyo y se le dificulta afrontar problemas incluso teniendo una estructura clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su entorno es tóxico u hostil para la recuperación.</li> <li>• No puede afrontar sus problemas y su entorno podría representar una amenaza para su seguridad.</li> </ul>
	<p>Podría necesitar asistencia con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• encontrar un entorno que le brinde apoyo</li> <li>• desarrollar elementos de apoyo (p. ej., capacitación para desarrollar habilidades)</li> <li>• guardería</li> <li>• transporte</li> </ul>	<p>Necesita la asistencia que se menciona en la clasificación "Leve", además de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manejo asertivo de la atención</li> </ul>	<p>Necesita asistencia más intensiva para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• encontrar un entorno de vida que le brinde apoyo</li> <li>• capacitación para desarrollar habilidades (dependiendo de las habilidades de afrontamiento y el control de impulsos)</li> <li>• manejo asertivo de la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente necesita separarse inmediatamente de su entorno tóxico.</li> <li>• Manejo asertivo de la atención.</li> <li>• Los riesgos ambientales exigen un cambio de vivienda o entorno.</li> <li>• En casos agudos con peligro inminente: el paciente necesita colocación segura inmediata.</li> </ul>

Comentarios adicionales:

#### Instrucciones para el entrevistador:

Consulte las páginas 53, 88 y 89 de los *ASAM Criterios*, 3.<sup>a</sup> Edición, para recibir orientación para evaluar la Dimensión 6.



## Resumen de la evaluación multidimensional de la ASAM:

Transfiera la información recopilada de los expedientes médicos y las evaluaciones breves a la tabla a continuación.

			GRAVEDAD			
		<input type="checkbox"/> Provisional	<input type="checkbox"/> Confirmado	Leve	Moderada	Grave
Diagnóstico de SUD	<input type="checkbox"/> Provisional	<input type="checkbox"/> Confirmado	Herramienta de diagnóstico usada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de SUD	<input type="checkbox"/> Provisional	<input type="checkbox"/> Confirmado	Herramienta de diagnóstico usada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnósticos simultáneos	<input type="checkbox"/> Provisional	<input type="checkbox"/> Confirmado	Herramienta de diagnóstico usada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro diagnóstico				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro diagnóstico				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Una calificación de gravedad más elevada indica la necesidad de servicios y dosis de mayor intensidad, y que el nivel de funcionamiento del paciente es menor.

DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD					NOTAS
	Para nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente	
<b>DIMENSIÓN 1</b> Posibilidad de intoxicación o abstinencia agudas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>DIMENSIÓN 2</b> Condiciones y complicaciones biomédicas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>DIMENSIÓN 3</b> Condiciones y complicaciones emocionales, de conducta o cognitivas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>DIMENSIÓN 4</b> Disposición al cambio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>DIMENSIÓN 5</b> Recaída, consumo reiterado o continuación de posibles problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>DIMENSIÓN 6</b> Entorno de recuperación y de vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

## Manejo del síndrome de abstinencia

Sustancias por las que se indica WM:

- Nicotina o tabaco   
  Alcohol   
  Opioides   
  Sedantes, hipnóticos o benzodiazepinas  
 Estimulantes (p. ej., cocaína; metanfetamina; 3,4-metilendioximetanfetamina [MDMA])  
 Otra: \_\_\_\_\_   
  No se indica WM

► **Nota: La abstinencia forzada o sin indicación médica puede ser peligrosa, carece de ética y resulta contraproducente. La abstinencia segura y cómoda mejora el apego al tratamiento.**

El manejo de la abstinencia es continuo. Por ejemplo, si la abstinencia no se estabiliza en el Nivel 2, se debe pasar al paciente al Nivel 3.

\*\*El WM de nivel 3.2 se puede considerar para los pacientes que necesiten apoyo las 24 horas para completar el manejo de la abstinencia o para aumentar las probabilidades de continuación del tratamiento, y para quienes puedan administrarse los medicamentos por sí mismos con supervisión.

Notas:

WM 1	WM 2	WM 3.7	WM 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente ambulatorio.</li> <li>• Entorno doméstico seguro.</li> <li>• Funcionamiento general alto.</li> <li>• Necesita supervisión diaria o menos frecuente.</li> <li>• Es probable que concluya el WM y continúe con el tratamiento o su recuperación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente ambulatorio bajo tratamiento intensivo.</li> <li>• Necesita apoyo todo el día.</li> <li>• Por la noche, tiene una situación de vida y una familia que brinda apoyo, como vivienda o refugio **</li> <li>• Es probable que termine el WM.</li> </ul> <p>Puede acceder a atención médica en persona o por telemedicina (no en la sala de emergencias [Emergency Room, ER]).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residencial.</li> <li>• <b>Abstinencia grave.</b></li> <li>• Necesita apoyo de enfermería las 24 horas y acceso diario a un médico.</li> </ul> <p>Es poco probable que termine el WM sin supervisión médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital.</li> <li>• <b>Abstinencia aguda e inestable.</b></li> <li>• Necesita servicio de enfermería las 24 horas y consultas médicas diarias para controlar la inestabilidad médica.</li> </ul> <p>El entorno debe incluir servicios para la adicción.</p>

### Medicamentos para el tratamiento de adicciones

Existen medicamentos para tratar la abstinencia aguda a los opioides, el alcohol, los sedantes y la nicotina, así como para el tratamiento continuo del trastorno por consumo de opioides, alcohol y nicotina.

Se deben ofrecer a los pacientes que empiezan el tratamiento.

Completado por: \_\_\_\_\_ (letra de molde) Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Supervisor clínico (según se requiera):** \_\_\_\_\_ (letra de molde) Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS CRITERIOS DE ASAM: TRATAMIENTOS Y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN SIMULTÁNEOS

<b>Programa de tratamiento por consumo de opioides</b>	Programa de tratamiento por consumo de narcóticos (Narcotics Treatment Program, NTP), programa de tratamiento con metadona
<b>Tratamiento con opioides en el consultorio</b>	Buprenorfina, naltrexona
<b>Otros tratamientos asistidos por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) (para SUD que no sean trastornos por consumo de opioides [opioid use disorder, OUD])</b>	P. ej., del médico de atención primaria, psiquiatra, enfermero practicante. Farmacoterapia; p. ej., medicamentos para el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol y nicotina
<b>Tratamiento apto para afecciones simultáneas (co-occurring capable treatment, COC)</b>	Tratamiento apto para afecciones simultáneas, servicios de integración para condiciones de salud mental estables y SUD.
<b>Tratamiento mejorado para afecciones simultáneas (co-occurring enhanced treatment, COE)</b>	Tratamiento mejorado para afecciones simultáneas, servicios de integración y atención equitativa para afecciones de salud mental inestables y SUD
<b>Tratamiento biomédico mejorado</b>	Tratamiento biomédico mejorado, servicios de integración y atención equitativa para afecciones de salud física graves y SUD
<b>*Vivienda</b>	El paciente necesita una vivienda segura que le brinde apoyo. *El paciente puede recibir atención ambulatoria o ambulatoria intensiva si tiene un entorno de vida estable que le brinde apoyo; p. ej., residencia de recuperación o de sobriedad, casa de un familiar o amigo que le apoye.  Notas:
<b>Servicios de apoyo para la recuperación</b>	Necesidades del paciente: <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Servicios legales <input type="checkbox"/> Orientación vocacional <input type="checkbox"/> Asesoría escolar <input type="checkbox"/> Asistencia financiera <input type="checkbox"/> Programa de 12 pasos <input type="checkbox"/> Apoyo de pares <input type="checkbox"/> Otro: _____  Notas:

**Si necesita orientación, consulte "Flujo para la toma de decisiones para equiparar la evaluación y asignación de tratamiento o colocación", en la página 124 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición.**

Se le refirió a (nombre del proveedor de tratamiento): \_\_\_\_\_

NIVEL DE ATENCIÓN INDICADO				NIVEL DE ATENCIÓN REAL				
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 4:</b> Servicios intensivos con manejo médico para pacientes hospitalizados	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 4	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 3.7:</b> Servicios intensivos con supervisión médica para pacientes hospitalizados	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 3.7	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 3.5:</b> Servicios residenciales de alta intensidad con manejo clínico	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 3.5	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 3.3:</b> Servicios residenciales de alta intensidad con manejo clínico para poblaciones específicas	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 3.3	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 3.1:</b> Servicios residenciales de baja intensidad con manejo clínico	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 3.1	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 2.5:</b> Hospitalización parcial	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 2.5	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 2.1:</b> Tratamiento intensivo para paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 2.1	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS
<input type="checkbox"/>	<b>Nivel 1:</b> Servicios para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS	<input type="checkbox"/> Nivel 1	<input type="checkbox"/> COE	<input type="checkbox"/> BIO	<input type="checkbox"/> OTS

Consulte el Apéndice para obtener orientación.

### Razones de discrepancia entre la colocación indicada y la real

Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:

- 1= No corresponde, no hay diferencia.
- 2 = Preferencia del paciente.
- 3 = El programa recomendado no está disponible en la región geográfica.
- 4 = Falta de acceso físico (p. ej., transporte, movilidad).
- 5 = Conflicto con responsabilidades laborales y familiares.
- 6 = El paciente no tiene seguro.
- 7 = El paciente tiene seguro, pero el seguro no autoriza el tratamiento recomendado.
- 8 = El programa está disponible, pero no tiene lugares disponibles o la lista de espera es demasiado larga.
- 9 = El programa está disponible, pero se niega a aceptar al paciente a causa de sus características (p. ej., antecedentes, estado clínico).
- 10 = El tratamiento ordenado por el tribunal u otra entidad es inadecuado porque contradice las recomendaciones de los ASAM Criterios.
- 11 = El paciente rechaza todo tratamiento por el momento.
- 12 = El paciente se fue o se fugó.
- 13 = El terapeuta no está de acuerdo con las recomendaciones de los ASAM Criterios (*explicar*): \_\_\_\_\_
- 14 = Se desconoce la disposición final.
- 15= Otra (*explicar*): \_\_\_\_\_

Consulte "Determinación de las prioridades e interacción de las dimensiones" en la página 59 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición. También consulte "Matriz de correspondencias entre gravedad y nivel de función de adultos con el tipo y la intensidad del servicio" en la página 73.

Cómo distinguir las diferencias entre los niveles de atención de los ASAM Criteria

Comenzar en la parte superior. Si la descripción de la fila no corresponde con las necesidades actuales del paciente, pase a la siguiente fila hasta llegar al nivel de atención (level of care, LOC) adecuado.	LOC de la ASAM	Hay servicios adicionales disponibles en estos niveles de atención de la ASAM		
		Medicamentos para OUD*	Tratamiento biomédico mejorado	Tratamiento mejorado para afecciones simultáneas (COE)
Las D1, D2 y D3 se clasifican como "Muy grave", o como la necesidad de abordar problemas agudos que requieren atención médica primaria y de enfermería con el manejo de un médico en un hospital o en un hospital psiquiátrico.	4	En el lugar	En el lugar	En el lugar
El paciente necesita atención de enfermería 24 horas con monitoreo médico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas graves en la D1, D2 o D3.</li> <li>• Gravedad moderada en al menos 2 de las 6 dimensiones, al menos una de las cuales es la D1, D2 o D3.</li> </ul>	3.7	En el lugar u OTS	En el lugar	En el lugar
El paciente necesita tratamiento de apoyo para el control de la adicción las 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entorno del paciente propicia las recaídas.</li> <li>• Las probabilidades de continuación del consumo o recaída, con consecuencias graves o peligrosas inminentes.</li> <li>• No se necesita monitoreo médico las 24 horas.</li> <li>• No hay deficiencias cognitivas significativas.</li> <li>• Necesita servicios especializados en adicción por SUD las 24 horas, así como apoyos contra la adicción para prevenir una emergencia aguda.</li> <li>• No puede permanecer sin supervisión; no es apto para la lista de espera.</li> </ul>	3.5	En el lugar u OTS	Atención en el lugar, atención primaria o especializada	En el lugar
Las limitaciones temporales o permanentes del paciente (p. ej., a causa de sus deficiencias cognitivas) hacen que las estrategias de tratamiento ambulatorio no sean factibles o efectivas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita estructura con apoyo especializado en adicciones las 24 horas.</li> <li>• Necesita un plan personalizado para abordar los temas cognitivos o de conducta identificados (p. ej., menor ritmo, tratamiento más concreto y repetitivo, modificación de la conducta) hasta que esté estable.</li> </ul>	3.3	En el lugar u OTS	Atención primaria o especializada	En el lugar o enlace a atención especializada
Es probable que el paciente recaiga de inmediato o que reitere el consumo, o podría no ser capaz de funcionar (comprometerse con su recuperación) o que no esté seguro en el "mundo real" a menos que reciba una estructura de apoyo las 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se necesita monitoreo médico las 24 horas.</li> <li>• No hay deficiencias cognitivas significativas.</li> <li>• Necesita estructura con apoyo especializado en adicciones las 24 horas.</li> <li>• Es capaz de acudir con seguridad a los servicios comunitarios y ambulatorios sin supervisión.</li> </ul>	3.1	En el lugar u OTS	Atención primaria o especializada	Consulta en el lugar y de especialidad
El paciente está seguro en un tratamiento ambulatorio, pero no es capaz de comprometerse con el tratamiento o mostrar avances sin monitoreo o manejo diario. <ul style="list-style-type: none"> <li>• No está listo para una inmersión completa en el "mundo real".</li> <li>• Los pacientes con OUD pueden acudir a un OTP.</li> <li>• Gravedad moderada o baja en la D2, así como gravedad moderada en la D4, D5 o D6.</li> <li>• Los problemas de salud física no interfieren con el tratamiento para la adicción, pero pueden ser factores de distracción y necesitar monitoreo médico (p. ej., por hipertensión o asma inestable, dolor de espalda crónico).</li> </ul>	2.5 u OTP	OTP u OBOT	Atención primaria o especializada	Consulta en el lugar y de especialidad

Notas:

Comenzar en la parte superior. Si la descripción de la fila no corresponde con las necesidades actuales del paciente, pase a la siguiente fila hasta llegar al nivel de atención (level of care, LOC) adecuado.	LOC de la ASAM	Hay servicios adicionales disponibles en estos niveles de atención de la ASAM		
		Medicamentos para OUD*	Tratamiento biomédico mejorado	Tratamiento mejorado para afecciones simultáneas (COE)
<p>El paciente puede mostrar avances en el tratamiento con apoyos mientras practica con habilidades de recuperación y herramientas nuevas en el “mundo real”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes con OUD pueden acudir a un OTP.</li> <li>• Gravedad de nula a baja en la D1, D2 y D3, así como gravedad moderada en la D4, D5 o D6.</li> </ul>	2.1 u OTP	OTP u OBOT	Atención primaria o especializada	Consulta en el lugar y de especialidad
<p>El paciente tiene un trastorno por consumo de opioides y dependencia actual o reciente de acuerdo con los requisitos federales. (Consulte el cuadro de texto de la página 290 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición. Los criterios diagnósticos de internación se encuentran en la página 296)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente puede recibir servicios de un OTP como servicios autónomos o de manera simultánea con otro LOC.</li> </ul>	OTP	OTP	Atención primaria o especializada	Consulta en el lugar y de especialidad
<p>El paciente necesita menos de 9 horas de tratamiento por semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente está comprometido con su recuperación y presenta un alto nivel de disposición al cambio; los problemas están estables, pero necesitan monitoreo por parte de un profesional. El paciente es capaz de comprometerse con un tratamiento cooperativo.</li> </ul> <p>○</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente está en las primeras etapas del cambio y no está listo para comprometerse con su recuperación total. Es posible que un nivel de atención más alto genere más conflicto, un cumplimiento pasivo o incluso el abandono del tratamiento.</li> </ul> <p>○</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente alcanzó estabilidad en la recuperación, pero necesita monitoreo y manejo de la enfermedad de forma continua.</li> </ul>	1 u OBOT	OTP u OBOT	Atención primaria o especializada	Consulta en el lugar y de especialidad
*También deben ponerse medicamentos a disposición para el trastorno por consumo de alcohol y el trastorno por consumo de nicotina.				

Notas:

- **Instrucciones para el entrevistador:** Comience en lo más alto (nivel 4) de la tabla anterior para determinar el nivel de atención menos intensivo y más efectivo. (Consulte los ASAM Criterios, 3.ª Edición, página 124).
- Decida el **nivel de atención que sea realista o aceptable considerando** qué tan aceptable le parece al paciente, así como su motivación y preferencia (p. ej., el paciente es el único sostén de la familia; es la única persona que cuida a los niños o es el sostén de personas ancianas; tiene restricciones laborales, y cuáles son sus objetivos).
- Coloque al paciente en el nivel de atención que atienda la mayoría de sus necesidades. Si ese nivel de atención no está disponible, debe usarse el manejo de la atención para armar un conjunto de servicios que satisfagan de manera segura las necesidades del paciente del modo más completo posible.
- Además, tome en cuenta las condiciones de salud mental del paciente.
  - **Apto para afecciones simultáneas (COC):** Todos los niveles de atención deben ser aptos para abordar afecciones simultáneas.
  - **Mejorado para afecciones simultáneas (COE):** Se indica para la atención de salud mental de mayor intensidad. Incluye profesionales de la salud mental con capacitación multidisciplinaria, manejo de medicamentos y consulta psiquiátrica en el lugar.
- **Servicios de tratamiento por consumo de opioides (Opioid Treatment Services, OTS):**
  - Los programas de tratamiento por consumo de opioides (Opioid Treatment Program OTP), también llamados programas de tratamiento por consumo de narcóticos (Narcotic Treatment Program, NTP), tienen una alta supervisión del paciente y administración directa de los medicamentos (por lo general, metadona) de forma diaria.
  - El tratamiento en consultorio por consumo de opioides (Office-Based Opioid Treatment, OBOT) ofrece una menor supervisión del paciente que los OTP, la atención de un médico privado o clínica pública, y recetas de medicamentos para el paciente ambulatorio (por lo general, buprenorfina o naltrexona de liberación prolongada).

**PERFIL DE ALTA PRIORIDAD Y NECESIDAD INMEDIATA**

<b>Dimensión</b>	<b>Si</b>	<b>Entonces</b>
	<b>Potencialmente mortal</b>	<b>Nivel 4 o evaluación del Departamento de Emergencia</b>
1	D1: Síntomas graves ACTUALES de abstinencia potencialmente mortales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar de inmediato la necesidad de atención hospitalaria aguda.</li> </ul>
2	D2: Problemas ACTUALES graves de salud física potencialmente mortales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar de inmediato la necesidad de atención hospitalaria aguda.</li> </ul>
2	La D2 es grave o muy grave.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar servicios intensivos para la salud física o atención hospitalaria.</li> </ul>
3a	D3a: Peligro inminente para sí mismo u otros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar de inmediato la necesidad de atención hospitalaria psiquiátrica aguda.</li> </ul>
3b	D3b: No puede realizar actividades de la vida diaria o cuidar de sí mismo sin consecuencias peligrosas inminentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar de inmediato la necesidad de atención psiquiátrica o atención médica hospitalaria.</li> </ul>
3	La D3 es grave o muy grave.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar servicios de salud mental intensivos o atención hospitalaria de la MH.</li> </ul>
4a/4b	<p>D4a: El paciente necesita tratamiento para SUD o MH, pero es ambivalente o le parece innecesario (<i>p. ej., el paciente tiene una adicción grave, pero considera que el consumo controlado todavía está bien; presenta psicosis, pero cree que es culpa de una conspiración</i>).</p> <p>D4b: El paciente acudió obligado o fue forzado a acudir a una evaluación o a recibir tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe ver al paciente en un plazo de 48 horas para tratar estrategias motivacionales, a menos que exista la probabilidad inminente de que el paciente abandone el tratamiento y necesite una intervención más estructurada.</li> <li>• Garantizar el enlace a los servicios necesarios.</li> </ul>
5a	D5a: El paciente está bajo la influencia de sustancias y está en estado psicótico, maniaco o suicida agudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si se necesita una mayor intervención de manera inmediata (<i>p. ej., quitarle las llaves de su automóvil, que una persona de apoyo pase a recoger al paciente, evaluar la necesidad de intervención psiquiátrica urgente</i>).</li> </ul>
5b/c	<p>D5b: Es probable que el paciente siga consumiendo o presente síntomas agudos activos de manera que represente un peligro inminente si no se le da una colocación segura de inmediato.</p> <p>D5c: Los problemas más inquietantes del paciente son la posibilidad de que represente un peligro para sí mismo o los demás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe referirse al paciente a un entorno seguro o supervisado.</li> </ul>
6	D6: Cualquier situación peligrosa que amenace la seguridad, el bienestar inmediato o la recuperación del paciente ( <i>p. ej., vivir con un narcotraficante, que su pareja le maltrate físicamente, que no tenga hogar en época de temperaturas heladas</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe referirse al paciente a un entorno seguro o supervisado.</li> </ul>

**PERFIL DE ALTA PRIORIDAD Y NECESIDAD INMEDIATA**

Dimensión	Si	Entonces
1	Si el paciente tiene síntomas de abstinencia de alcohol, opioides, benzodiazepinas, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicamentos que alivien los síntomas de abstinencia y medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (medications for opioid use disorder, MOUD).</li> <li>• Preguntar cuáles son las preferencias del paciente (use el estilo de MI).</li> </ul>
1	Si el paciente tiene acceso inmediato a inducción por MOUD (p. ej., buprenorfina, metadona)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reduce la gravedad de la D1.</li> </ul>
1 y 2	Si se aborda la D1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar si abordar el riesgo de la D1 reduce el riesgo de la D2.</li> </ul>
1	Si el paciente tiene antecedentes de consumo de opioides	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar el uso de naloxona en el hogar.</li> </ul>
2	Si el paciente tiene problemas médicos graves, pero tiene acceso inmediato a la atención médica adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clasificación de riesgo de la D2 podría ser menor.</li> </ul>
3	Si se indica atención residencial ADEMÁS de deficiencias cognitivas, y los problemas médicos son moderados o de menor gravedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indica el nivel 3.3.</li> </ul>
3	Si hay una clasificación de grave o muy grave en la D3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se podría indicar la necesidad de servicios hospitalarios de salud mental.</li> </ul>
4	Si la D4 es grave o muy grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede abordar con terapia de mejoramiento motivacional como paciente ambulatorio si el paciente es apto para recibir tratamiento ambulatorio.</li> </ul>
4 y 5	Para el OUD, si el riesgo en la D4 y D5 es grave o muy grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el manejo ambulatorio de la abstinencia y el control de medicamentos, podría ser más adecuado un NTP u OTP con dosis diarias, que esté monitoreado y se evalúe con más frecuencia.</li> </ul>
4 y 5	Para el OUD, si el riesgo en la D4 y D5 es leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el manejo de medicamentos, considerar OBOT (el cual tiene menos supervisión que un NTP u OTP).</li> </ul>
5	Si hay una clasificación de grave o muy grave en la D5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se podría indicar la necesidad de un entorno de vida que brinde apoyo, ya sea en el Nivel 3.1 (o superior) o en una residencia de sobriedad o recuperación, y un LOC más intensivo.</li> </ul>
6	Si carece de un entorno de recuperación seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar una residencia o refugio de recuperación si la gravedad de las otras dimensiones no lo descarta.</li> </ul>
General	Si se indica WM y todas las dimensiones tienen una gravedad alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar una colocación de mayor intensidad para el WM.</li> </ul>
General	Una dimensión que actualmente esté clasificada como Riesgo 0, sin riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es necesario brindar servicios en esta dimensión, en este momento. (Consultar la página 73 de los ASAM Criterios, 3.ª Edición).</li> </ul>

**OBOT o buprenorfina:** Un entorno autorizado para la práctica médica es un lugar que cumple lo siguiente: (a) Brinda cobertura profesional para las emergencias médicas del paciente durante los horarios en los que el profesional no brinde atención. (b) Brinda acceso a servicios de manejo de casos para los pacientes, lo que incluye servicios de referencia y seguimiento para los programas que brindan estos servicios o que los apoyan financieramente, como servicios médicos, conductuales, sociales, de vivienda, laborales, educativos u otros servicios relacionados. (c) Usa tecnologías de la información (information technology, IT) para la salud, como expedientes de salud electrónicos, si por algún otro motivo tiene la obligación de usar estos sistemas en el entorno de la práctica médica. La IT para la salud son los sistemas electrónicos que usan los profesionales de atención médica y los pacientes para almacenar, compartir y analizar información de salud. (d) Está registrado en el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP) de su estado y de conformidad con las leyes federales y estatales. Un PDMP es una base de datos electrónica que recopila datos designados sobre las sustancias que se distribuyen en el estado. Para los profesionales que brindan atención en calidad de empleados o contratistas de una agencia del gobierno federal, participar en un PDMP solo es obligatorio cuando dicha participación no esté restringida por las licencias estatales y se haga de conformidad con los estatutos y regulaciones federales. (e) Acepta por parte de terceros el pago de los costos de proporcionar servicios de salud, incluidas las políticas y procedimientos por escrito para el cobro, abono y recaudación, o los beneficios de salud federales. (Título 42, Sección 8.615 del CFR).