

PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE CANDIDATOS

Instrucciones: Esta cédula de evaluación tiene como objetivo identificar a las personas candidatas al Programa de Justicia Terapéutica (PJT) de acuerdo con los criterios sanitarios sobre el consumo de sustancias psicoactivas. La cédula está dividida en tres partes: 1) datos de identificación de las personas, 2) prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y 3) preguntas sobre el consumo de sustancias y la relación con la conducta delictiva. Una vez llenada la cédula, deberá informar los resultados a la persona responsable del equipo multidisciplinario del Programa de Justicia Terapéutica donde opera.

1. Datos de identificación:

	Fecha (DD/MM/AAAA)			
	Juzgado			
	Número Folio			
	Averiguación Previa y/o Causa Penal (delito)			
Nombre completo				
	Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido materno
Edad		Sexo	Hombre	Mujer
		(marque con una "X")		
Lugar de Residencia Actual	Dirección			
	Colonia			C.P.
	Estado			
	Municipio		Localidad	
Teléfono 1			Teléfono 2	

Estado Civil	Soltero(a)	Unión libre	Casado(a)	Divorciado(a)
	Viudo(a)	Separado(a)	Otro:	
Nivel Escolar	Nivel máximo de estudios	Sin estudios		Bachillerato
		Primaria		Licenciatura
		Secundaria		Posgrado
	Último grado que cursó			
Actividad principal	Estudiante de tiempo completo		Cuidado del hogar	
	Estudiante con actividad laboral		Pensionado(a)	
	Empleado(a) formal		Desempleado(a)	
	Actividad informal		Otro:	

Antecedentes familiares y personales relevantes				
¿Tiene hijos?	Si	No	¿Cuántos?:	
¿Con cuántas personas vive?				
¿Cuántas personas aportan al gasto de la vivienda?				
¿Cuántos dependientes económicos tiene?				
Actualmente, ¿padece alguna enfermedad? (que haya sido diagnosticada por un médico)	Diabetes Mellitus <input type="radio"/>		Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Epilepsia <input type="radio"/>
	VIH/SIDA <input type="radio"/>		Cáncer <input type="radio"/>	Hepatitis <input type="radio"/>
	Obesidad <input type="radio"/>		Problemas respiratorios crónicos <input type="radio"/>	
			Sí	No
¿Toma algún medicamento de forma regular?	Prescripción Médica			
	Automedicado			
	¿Cuál?			
¿Padece algún tipo de enfermedad de salud mental o emocional? (que haya sido diagnosticada por un psiquiatra, médico o psicólogo)				
¿Cuál?				
¿Cuenta con algún tipo de seguridad social?	IMSS			
	ISSSTE			
	Servicio Particular			
	Otro			
	Ninguno			

2. Prueba de detección de consumo de alcohol y sustancias (ASSIST)¹

Leer: Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Es probable que algunas de estas sustancias puedan haber sido recetadas por un médico (como el caso de las anfetaminas, los sedantes y los analgésicos), por lo que en este cuestionario no se registrarán los medicamentos que fueron recetados por un médico. Sin embargo, si ha tomado tales medicamentos por otras razones que no sean por motivos de salud o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, favor de mencionarlo.

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?		
a. Bebidas alcohólicas (cerveza, ron, tequila, mezcal, whisky, vodka, vino, etc.).	No	Sí
b. Cannabis (hierba, mota, María, pasto, porro, mariguana y María Juana).	No	Sí
c. Cocaína (ángel fase, azúcar glas, blanca, caspa del diablo, coca, doña blanca, gis, la fina, nieve, polvo, rayuela, talco, pasta, crack, chespi, chulas, hielos, piedras, rock stars, piedra).	No	Sí
d. Estimulantes de tipo anfetamínico (Anfetás, metas, metanfetaminas, cristal, ice, Chochos, Chuchulucos, Speed, tripis, ácidos, volcanes).	No	Sí
e. Inhalables (mona, activo, pegamento, solvente, pintura).	No	Sí
f. Sedantes o pastillas para dormir (Barbs, Benzodiacepinas, Demonios azules, Bajones, Demonios rojos/amarillos, Dolls, Sleepers, peanuts, caramelos).	No	Sí
g. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina).	No	Sí
h. Opioides (tramadol, hidrocodona, oxycodona, morfina y codeína).	No	Sí
i. Otro – sustancias de prescripción médica, etc. (especifique).	No	Sí

Si todas las respuestas son negativas, pregunte:
¿Tampoco cuando era estudiante?

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, **detenga la aplicación del cuestionario.**

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, **haga la pregunta 2** para cada sustancias que haya consumido alguna vez.

2. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido la(s) sustancia(s) que mencionó? (Primera sustancias, segunda, etc.)	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
b. Cannabis	0	2	3	4	6
c. Cocaína	0	2	3	4	6
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	6
e. Inhalables	0	2	3	4	6
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
g. Alucinógenos	0	2	3	4	6
h. Opioides	0	2	3	4	6
i. Otro (especifique)	0	2	3	4	6

Si la respuesta es “nunca” en todas las secciones, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas **3,4 y 5** para cada sustancias

3. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir? (Primera sustancias, segunda, etc.)	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
b. Cannabis	0	2	3	4	6
c. Cocaína	0	2	3	4	6
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	6
e. Inhalables	0	2	3	4	6
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
g. Alucinógenos	0	2	3	4	6
h. Opioides	0	2	3	4	6
i. Otro (especifique)	0	2	3	4	6

4. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia el consumo de (Primera sustancias, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
b. Cannabis	0	2	3	4	6
c. Cocaína	0	2	3	4	6
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	6
e. Inhalables	0	2	3	4	6
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
g. Alucinógenos	0	2	3	4	6
h. Opioides	0	2	3	4	6
i. Otro (especifique)	0	2	3	4	6

¹ Versión 3.1, Organización Mundial de la Salud, 2011. Para los criterios del PJT se eliminó las preguntas relacionadas al consumo de tabaco.

5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (Primera sustancias, segunda, etc.)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
b. Cannabis	0	2	3	4	6
c. Cocaína	0	2	3	4	6
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	6
e. Inhalables	0	2	3	4	6
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
g. Alucinógenos	0	2	3	4	6
h. Opioides	0	2	3	4	6
i. Otro (especifique)	0	2	3	4	6

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (Primera sustancias, segunda, etc.)?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Bebidas alcohólicas	0	6	3
b. Cannabis	0	6	3
c. Cocaína	0	6	3
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	6	3
e. Inhalables	0	6	3
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
g. Alucinógenos	0	6	3
h. Opioides	0	6	3
i. Otro (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (Primera sustancias, segunda, ¿etc.)?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Bebidas alcohólicas	0	6	3
b. Cannabis	0	6	3
c. Cocaína	0	6	3
d. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	6	3
e. Inhalables	0	6	3
f. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
g. Alucinógenos	0	6	3
h. Opioides	0	6	3
i. Otro (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

8. ¿Alguna vez ha consumido alguna sustancia psicoactiva por vía inyectada?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:

Cuatro días o menos por mes en promedio, durante los últimos tres meses.

→ Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección.

Más de cuatro días por mes en promedio, durante los últimos tres meses.

→ Evaluación adicional y tratamiento más intensivo.

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancias específica.

Por cada sustancias (rotulada de la "a" a la "i") sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2b+P3b+P4b+P5b+P6b+P7b**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
Sustancias Psicoactiva	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (Consejo breve)	Requiere intervención breve	Requiere Tratamiento más intensivo
a. Bebidas alcohólicas		0-10	11-26	27 +
b. Cannabis		0-3	4-26	27 +
c. Cocaína		0-3	4-26	27 +
d. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3	4-26	27 +
e. Inhalables		0-3	4-26	27 +
f. Sedantes o pastillas para dormir		0-3	4-26	27 +
g. Alucinógenos		0-3	4-26	27 +
h. Opioides		0-3	4-26	27 +
i. Otro (especifique)		0-3	4-26	27 +



3. Preguntas sobre el consumo de sustancias y la relación con la conducta delictiva

Consumo de Sustancias y Relación con la Conducta Delictiva				
1. ¿El día que sucedió el hecho por el que fue detenido/a, había consumido alguna(s) sustancia(s)?		No	Sí	
En caso de que la respuesta sea afirmativa preguntar ¿Cuál(es)? (Marque con una "X")				
a. Bebidas alcohólicas (cerveza, ron, tequila, mezcal, whisky, vodka, vino, etc.).				
b. Cannabis (hierba, mota, María, pasto, porro, mariguana y María Juana).				
c. Cocaína (ángel fase, azúcar glas, blanca, caspa del diablo, coca, doña blanca, gis, la fina, nieve, polvo, rayuela, talco, pasta, crack, chespi, chulas, hielos, piedras, rockstars, piedra).				
d. Estimulantes de tipo anfetamínico (Anfetás, metas, metanfetaminas, cristal, ice, Chochos, Chuchulucos, Speed, trips, ácidos, volcanes).				
e. Inhalables (mona, activo, pegamento, solvente, pintura).				
f. Sedantes o pastillas para dormir (Barbs, Benzodicepinas, Demonios azules, Bajones, Demonios rojos/amarillos, Dolls, Sleepers, peanuts, caramelos).				
g. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina).				
h. Opioides (tramadol, hidrocodona, oxicodona, morfina y codeína).				
i. Otro (especifique)				
2. ¿Cuándo sucedió este hecho, estaba bajo el efecto de alguna sustancia? (ej. Intoxicado/a, borracho/a, drogado/a, etc.)		No	Sí	
En caso de que la respuesta sea afirmativa preguntar ¿Cuál(es)? (Marque con una "X")				
a. Bebidas alcohólicas (cerveza, ron, tequila, mezcal, whisky, vodka, vino, etc.).				
b. Cannabis (hierba, mota, María, pasto, porro, mariguana y María Juana).				
c. Cocaína (ángel fase, azúcar glas, blanca, caspa del diablo, coca, doña blanca, gis, la fina, nieve, polvo, rayuela, talco, pasta, crack, chespi, chulas, hielos, piedras, rockstars, piedra).				
d. Estimulantes de tipo anfetamínico (Anfetás, metas, metanfetaminas, cristal, ice, Chochos, Chuchulucos, Speed, trips, ácidos, volcanes).				
e. Inhalables (mona, activo, pegamento, solvente, pintura).				
f. Sedantes o pastillas para dormir (Barbs, Benzodicepinas, Demonios azules, Bajones, Demonios rojos/amarillos, Dolls, Sleepers, peanuts, caramelos).				
g. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina).				
h. Opioides (tramadol, hidrocodona, oxicodona, morfina y codeína).				
i. Otro (especifique)				
3. ¿El consumo de dicha(s) sustancia(s) le han llevado a involucrarse en conductas consideradas como delitos? (ej. robo, agresiones, daños a propiedad ajena)		No	Sí	
4. ¿Sin estar bajo los efectos de esta(s) sustancia(s) (ej. Intoxicado/a, borracho/a, drogado/a, etc.), usted cree que se habría involucrado en el hecho?		No	Sí	
5. ¿La necesidad de consumir la(s) sustancia(s) le llevaron a involucrarse en el hecho?		No	Sí	
6. ¿El hecho se llevó a cabo con la finalidad de conseguir la(s) sustancia(s) para su consumo personal?		No	Sí	
7. ¿Considera que el hecho está relacionado con su consumo de sustancias? (ej. que cambió su forma de ser o su conducta por el consumo frecuente de la(s) sustancia(s))		No	Sí	
8. ¿Consumió voluntariamente alguna sustancia (alcohol o drogas ilegales) con la finalidad de darse valor para cometer el delito por el que se le acusa?		No	Sí	
9. ¿Está o ha estado en tratamiento por su consumo de sustancias (alcohol o drogas ilegales/excepto tabaco)?		No	Sí	
¿Dónde?	Anexos	Casa de recuperación	CAPA	CIJ
	Clínica	Granja	Psiquiátrico	Toxicológico
10. Del 0 al 10 (donde cero es nada motivado y 10 es muy motivado) ¿Qué tan motivado está para recibir tratamiento profesional por el consumo de sustancias?				

Nombre: _____

Cargo: _____ Firma: _____