



## Hoja de trabajo de evaluación para el riesgo de sobredosis y planificación de la seguridad

Las distintas drogas tienen efectos diferentes, y algunas tienen más probabilidades de provocar una sobredosis que otras. La sobredosis de opioides puede provocar una disminución del ritmo cardíaco y de la respiración. La sobredosis de estimulantes puede causar una serie de síntomas que duran algún tiempo, como un ritmo cardíaco más rápido, agitación, dolor en el pecho y ansiedad. Esta hoja de trabajo puede ayudarle a identificar cambios en las prácticas de consumo de drogas que podrían disminuir su riesgo de sobredosis.

Esta hoja de trabajo es voluntaria. Puede omitir las preguntas que no desee responder en cualquier momento. Por favor, no proporcione ninguna información de identificación personal, como su nombre, fecha de nacimiento o dirección. Esta hoja de trabajo es confidencial; la información que proporcione no dará lugar a acciones punitivas en relación con el consumo de drogas notificado. Su información debe guardarse de forma segura (ya sea por usted cuando se lleve esta hoja de trabajo después de la sesión o por el administrador de casos si guarda la hoja de trabajo por usted). No facilite información sobre el consumo de drogas que pueda afectar a su residencia o a los servicios que recibe.

### Prácticas de consumo de drogas

¿Qué drogas (con o sin receta) utiliza habitualmente? (Seleccione todos los que correspondan).

Heroína o fentanilo  Crack o cocaína  Metanfetamina cristalina  Pastillas (opioides)  Pastillas (benzodiazepinas)  Alcohol  Otros: \_\_\_\_\_

¿Cómo utiliza estos medicamentos? (Seleccione todo lo que corresponda.)

Esnifar o aspirar  Fumar  Inyectar  Tragar  Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de estas drogas suele consumir al mismo tiempo (por ejemplo, una bolsa, 2 gramos o varía)?

Las siguientes secciones pueden ayudarle a evaluar su riesgo de sobredosis y a pensar en formas de reducirlo.

### Tiras reactivas

¿Utiliza tiras reactivas de fentanilo o xilacina para analizar sus drogas?  Si  No

Si la respuesta es sí:

- ¿Con qué frecuencia utiliza tiras reactivas para analizar sus drogas?

\_\_\_\_\_

- ¿Qué drogas analiza? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué debe hacer si sus drogas dan positivo?
- 
- ¿Qué debe hacer si su análisis de drogas da negativo?

### **Combinando las drogas**

¿Generalmente consume más de una droga al mismo tiempo?  Si  No

Si la respuesta es **no**, pase a Tolerancia y medicación para el trastorno por consumo de opioides.

Si la respuesta es **si**

- **¿Qué tipos de drogas? (Seleccione todas las que correspondan.)**  
 Estimulantes  Depresores  Antipsicóticos  Alucinógenos
- **¿En qué orden toma estos medicamentos?**  
\_\_\_\_\_
- **¿Podría evitar consumir más de una droga al mismo tiempo?**  Si  No

Si no puede evitar consumir más de una droga al mismo tiempo, ¿podría?:

- **¿Utilizar menos cantidad de cada droga?**  Si  No
- **¿Esperar a ver cómo me siento antes de consumir otra droga?**  Si  No

### **Tolerancia y medicación para el trastorno por consumo de opioides**

¿Alguna vez ha dejado de consumir drogas, aunque sea por uno o dos días?  Si  No

Si la respuesta es **sí**, cuando consuma drogas después de un descanso, ¿podría:

- **¿Utilizar menos cantidad de la habitual en caso de que disminuyera su tolerancia?**  
 Si  No
- **¿Utilizar más despacio (por ejemplo, esnifar menos, inyectarse más despacio o añadir más agua a su inyección)?**  Si  No

¿Está tomando actualmente medicación para el trastorno por consumo de opioides ("MOUD", por sus siglas en inglés), como metadona o buprenorfina (bupe)?  Si  No

Si la respuesta es **si**, ¿tiene suficiente cantidad de su receta para que le dure hasta la próxima cita?

Si  No

Si la respuesta es **no**, ¿le interesa saber más sobre el MOUD para ayudarle a controlar el consumo de opioides?

Si  No

### **Naloxona**

¿Dónde puede conseguir un kit de naloxona si no tiene uno o si ha utilizado o perdido el suyo? Si no está seguro, comente sus opciones con el personal que le esté atendiendo..

---

¿Dónde puede guardar los kits de naloxona en caso de necesitar uno?

---

¿Qué podría impedirle llevar un kit de naloxona?

---

¿Mantiene su kit de naloxona a la vista mientras consume drogas?  Si  No

¿Hay personas a su alrededor que sepan utilizar la naloxona?  Yes  No  No estoy seguro

¿Hay personas a su alrededor que sepan dónde guarda la naloxona?  Yes  No  No estoy seguro

¿Es fácil acceder a la naloxona en el entorno en el que suele consumir drogas?  Si  No

### **Ambiente**

¿Dónde consume drogas generalmente?

---

El lugar en el que suele consumir drogas, ¿tiene puerta?  Si  No

Si la respuesta es si, ¿Se cierra la puerta?  Si  No

¿Alguien podrá verle en este lugar?  Si  No

¿Alguien podrá controlarle o llegar hasta usted si sufre una sobredosis en este lugar?  Yes  No

¿Tiene que apresurarse cuando utiliza en este lugar?  Si  No

¿Hay una zona estéril donde pueda preparar sus drogas?  Si  No

Si la respuesta es si, ¿está bien iluminada la zona?  Si  No

¿Qué puede hacer para que el lugar donde consume drogas habitualmente sea más seguro?\_

---

### **Personas que puedan ayudar**

¿Consume solo o con otras personas?

Solo  Con una persona  En un grupo  A veces solo, a veces con otras personas

¿Tiene teléfono móvil?  Si  No  A veces

Si la respuesta es **si** o **a veces**, ¿podría programar un temporizador o una alarma en su teléfono durante tres o cinco minutos para que alguien cercano pudiera comprobar cómo se encuentra si no es capaz de apagar el temporizador o la alarma?  Si  No

Si o cuando utiliza solo, ¿hay alguien cerca que pueda echarle un vistazo?  Si  No

Si la respuesta es **si**, ¿podría pedirle a esa persona que me controle si no tiene noticias suyas en un plazo de tres a cinco minutos?  Si  No

Si la respuesta es **no**, ¿podría llamar o enviar un mensaje de texto a alguien que le envíe ayuda si no tiene noticias suyas en un plazo de tres a cinco minutos?  Si  No

Si la respuesta es **no**, ¿podría llamar a la línea directa de Never Use Alone al 877-696-1966?  
 Si  No

Si o cuando utiliza con otras personas: **¿Podría utilizarlo una persona a la vez (uso alternado) en caso de que uno de los dos sufriera una sobredosis?**  
 Si  No

**¿Podrían tener naloxona a mano por si uno de ustedes sufre una sobredosis?**  Si  No

¿Han hablado de cómo mantenerse seguros el uno al otro si uno de ustedes sufre una sobredosis?

Si  No

Si **no**, ¿cómo podría iniciar la conversación?  Compartir mi plan de seguridad  
 Pregúnteles sobre sus planes de seguridad  Dígales dónde guardo mi naloxona  
 Otros: \_\_\_\_\_

## **Salud general**

**¿Tiene alguna condición médica que afecte a su respiración?**

Asma  Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)  Bronquitis  Virus respiratorios  
 Alergias  Otros: \_\_\_\_\_

**¿Está tomando los medicamentos para estas afecciones médicas como le han recetado?**  Si  No

Si la respuesta es **si**, ¿los medicamentos controlan sus síntomas?  Yes  No

Si la respuesta es **si**, ¿tiene suficientes medicamentos hasta su próxima cita?  Si  No

Si la respuesta es **no**, ¿puede llamar a su proveedor de atención de salud para concertar una cita de seguimiento?  Si  No

Si la respuesta es **no**, ¿puede obtener una nueva receta o concertar una cita de seguimiento con su proveedor de atención de salud?

Si  No

**¿Fuma alguna de estas sustancias?**

Tabaco  Cannabis  K2  Crack  Otros: \_\_\_\_\_

**¿Le interesa conocer las opciones para dejar de fumar o reducir el consumo de estas sustancias?**

Si  No

**¿Está interesado en utilizar parches o chicles de nicotina para reducir su consumo de tabaco?**

Si  No

## **Mi plan de seguridad contra una sobredosis**

**Razones por las que no quiero sufrir una sobredosis:**

---

**Riesgos que probablemente asumiré:**

---

**Riesgos que no es probable que tome:**

---

**Estrategias para reducir mi riesgo de sobredosis:**

---

**Cómo puedo mantenerme seguro si uso solo:**

---

**Cómo puedo mantenerme seguro si uso con otras personas:**

---

**Cosas que me dificultan el uso más seguro:**

---

**Recursos a los que puedo acceder para mejorar mi salud y reducir el riesgo de sobredosis y otros daños (por ejemplo, programas de servicio de jeringuillas, centros de prevención de sobredosis y sitios de control de drogas):**

---

**Medidas que puedo tomar para mejorar mi salud y reducir mis riesgos:**

---