
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Proceso de Atención a Pacientes

Cuestionario para la Identificación Clínica del Paciente

(CICLI, VERSIÓN 2017)

Elaborado por: Dr. Luis Sandí Esquivel y Darío Molina Di Palma



Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

PRIMER APELLIDO: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

SEXO:

1. Masculino 2. Femenino

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

1. Soltero 2. Casado 3. Viudo
4. Divorciado 5. U. Libre 6. Separado

ESCOLARIDAD:

1. Prim. Incompleta 2. Prim. Completa
3. Sec. Incompleta 4. Sec. Completa
5. Univ. Incompleta 6. Univ. Completa

OCUPACIÓN: _____

CANTÓN: _____ DISTRITO: _____

TELÉFONOS: (1) _____ (2) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

1. * ¿Cuánto tiempo transcurre aproximadamente entre el momento en que despierta y fuma el primer cigarrillo?

- 3. En los primeros 5 minutos
- 2. De 6 a 30 minutos
- 1. De 31 a 60 minutos
- 0. Después de 60 minutos

2. * ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

- 0. 10 o menos
- 1. 11 a 15
- 2. 16 a 25 No. _____ (anote la cantidad)
- 3. 26 o más

3. * ¿Aproximadamente cada cuánto tiempo se fuma un cigarrillo?

- 3. Cada hora o menos
- 2. Más de 1 hora a 1½
- 1. Más de 1½ a 2 horas
- 0. Más de 2 horas

4. * ¿Es difícil para usted no fumar en áreas donde es prohibido?

- 1. Sí
- 0. No

De la pregunta 5 a la pregunta 44 responda cómo se ha sentido en los últimos quince días.

5. • ¿Se siente triste y decaído?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

6. • ¿Por las mañanas se siente mejor?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

7. • ¿Le dan ganas de llorar y a veces llora?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

8. • ¿Le cuesta mucho dormir por las noches?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

9. • ¿Come igual que lo acostumbrado?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

10. • ¿Tiene deseos sexuales?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

11. • ¿Está adelgazando?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

12. • ¿Está con estreñimiento?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

13. • ¿El corazón le late más rápido de lo normal?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

14. • ¿Se cansa sin motivo?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

15. • ¿Su mente se mantiene despejada?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

16. • ¿Hace las cosas con la misma facilidad?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

17. • ¿Se siente intranquilo y no puede mantenerse quieto?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

18. • ¿Tiene confianza en el futuro?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

19. • ¿Está más irritable de lo usual?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

20. • ¿Encuentra fácil tomar decisiones?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

21. • ¿Siente que es útil y necesario?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

22. • ¿Encuentra agradable vivir?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

23. • ¿Cree que sería mejor para los demás si estuviera muerto?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

24. • ¿Le siguen gustando las mismas cosas?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

TOTAL: _____

25. ✓ ¿Se siente más ansioso y nervioso de lo normal?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

26. ✓ ¿Siente miedo sin ver razón para ello?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

27. ✓ ¿Se enoja con facilidad o siente momentos de mal humor?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

28. ✓ ¿Siente como si se derrumbara o se fuera a desintegrar?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

29- ✓ ¿Siente que todo le va bien y nada malo le va a suceder?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

30. ✓ ¿Siente que los brazos y las piernas le tiemblan?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

31. ✓ ¿Se siente molesto por los dolores de cabeza, cuello o espalda?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

32. ✓ ¿Se siente débil y se cansa con facilidad?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

33. ✓ ¿Se siente tranquilo y puede permanecer sentado fácilmente?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

34. ✓ ¿Siente que el corazón le late con rapidez?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

35. ✓¿Tiene mareos?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

36. ✓¿Tiene periodos de desmayos o desvanecimientos?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

37. ✓ ¿Puede respirar bien, con facilidad?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

38. ✓¿Siente adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

39. ✓¿Siente dolores de estómago o indigestiones?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

40. ✓ ¿Tiene que orinar con mucha frecuencia?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

41. ✓ ¿Le sudan las manos con frecuencia?

4. Siempre/ casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

42. ✓ ¿Siente que la cara se le enrojece, ruboriza o bochornos?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

43. ✓ ¿Puede dormir con facilidad y descansar bien?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

44. ✓ ¿Tiene pesadillas?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

45. ** ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

1. Sí
0. No

46. ** ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?

0. Nada
1. Algo
2. Bastante
3. Mucho

47. ** ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

0. No
1. Lo dudo
2. Es probable
3. Sí

48. ** ¿Cabe la posibilidad que en los próximos seis meses usted sea una persona "no fumadora"?

0. No
1. Lo dudo
2. Es probable
3. Sí

49. ¿Ha consumido usted bebidas alcohólicas durante los últimos doce meses?

1. Sí
0. No (pase a pregunta No. 54)

50. ♦ Durante el último año, ¿ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?

- 1. Sí
- 0. No

51. ♦ Durante el último año, ¿se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?

- 1. Sí
- 0. No

52. ♦ Durante el último año, ¿se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?

- 1. Sí
- 0. No

53. ♦ Durante el último año, ¿ha tomado alguna vez un trago en la mañana para calmarse?

- 1. Sí
- 0. No

54. ¿Es usted alcohólico o adicto recuperado?

- 1. Sí
- 0. No

55. En los últimos 12 meses ¿ha consumido usted?:

¿Cada cuánto consume?

Marihuana	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí	_____
Cocaína	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí	_____
Crack	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí	_____
Otras	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí	_____ 13

56. ¿Ha tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos 12 meses?

- 1. Sí
- 0. No

57. ¿Ha estado internado alguna vez en la vida por depresión, ansiedad u otro trastorno mental?

- 1. Sí
- 0. No

58. Marque con una X la alternativa en la que usted cree que se encuentra en este momento.

- 1. No piensa en dejar de fumar. No lo va a hacer en los próximos seis meses.
- 2. Piensa en dejar de fumar algún día, pero no en este momento.
- 3. Quiere dejar de fumar en estos días y quiere saber más acerca de cómo lo puede lograr.
- 4. Acaba de dejar de fumar y está experimentando síntomas de abstinencia.
- 5. Ya dejó de fumar y quiere saber más acerca de cómo mantenerse libre de tabaco.

59. ¿Aproximadamente, cuántas veces ha intentado dejar de fumar?

- 0. Ninguna (pase a pregunta 61)
- 1. Una
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Siete o más (anótelas si las indica_____)

Enfermedad tiroidea		Enfermedades hepáticas	
Enfermedades renales		Hipertrigliceridemia	
Hipercolesterolemia		Convulsiones-epilepsia	
Bulimia-anorexia nerviosa		Esquizofrenia	
Trastorno de personalidad		Trastorno bipolar	
Retardo mental		Crisis emocional	
Violencia doméstica		Difícil situación económica	
Conflictiva familiar		Otro antecedente	

Los antecedentes:

1. No afectan
2. Podrían afectar
3. Afectan mucho
4. Estudiar más a fondo

CALIFICACIÓN

Dependencia: 1. Leve a moderada 2. Severa

Depresión: 1. Neg. 2. Leve 3. Mod. 4. Severa

Ansiedad: 1. Neg. 2. Leve 3. Mod. 4. Severa

Escala motivacional: 1. Baja 2. Media 3. Alta

CAGE: 1. No evidencia 2. Alto riesgo 3. Evidencia problemas

Drogas: 1. Neg. 2. Pos. 3. Excons. 4. Analizar más

Etapas: 1. Precontemp. 2. Contemp. 3. Prep. 4. Acción

Intentos: _____

Edad de inicio: _____

Años de fumar: _____

Embarazo: 1. Neg. 2. Pos. 3. No sabe 8. No corresponde (hombre)

Observaciones:

(Anote aquí si la persona toma algún medicamento, la clase y el esquema recomendado; también si tiene algún otro trastorno no indicado en la tabla).

PUNTAJES (Suma los puntos)

DEPENDENCIA (preg. 1 a 4)

0-5 puntos: leve a moderada

6-10 puntos: severa

ESCALA DE DEPRESION (Dr. Zung, preg. 5 a 24)

20-40 puntos: sin síntomas

41-48 puntos: síntomas leves

49-56 puntos: síntomas moderados

57 y +puntos: síntomas severos

ESCALA DE ANSIEDAD (Dr. Zung, preg. 25 a 44)

20-35 puntos: sin síntomas

36-51 puntos: síntomas leves

52-67 puntos: síntomas moderados

68 y +puntos: síntomas severos

TEST MOTIVACIONAL (Richmond, preg. 45 a 48)

0-4 puntos: motivación baja

5-6 puntos: motivación media

7 y + puntos: motivación alta

CAGE (Dr. Ewing, preg. 50 a 53)

0-1 puntos: no evidencia problemas

2 puntos: alto riesgo

3-4 puntos: evidencia problemas con el consumo de OH

ETAPA DE CAMBIO (Prochaska-Di Clemente, preg. 59)

1. Pre-contemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantenimiento



Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia

LÍNEA DE ORIENTACIÓN GRATUITA

800 IAFA 800 (800 4232 800)

IAFA Oficinas Centrales

Central telefónica: 2224 6122

IAFA Brunca · Pérez Zeledón	2771 1014
IAFA Central Este · Cartago	2551 6166
IAFA Central Norte · Alajuela	2430 0252
IAFA Central Norte · Heredia	2260 7668
IAFA Central Sureste · San José	2224 6122 ext. 233
IAFA Central Suroeste · San José	2224 6122 ext. 235
IAFA Chorotega · Guanacaste	2666 3668
IAFA Huetar Caribe · Limón	2758 1529
IAFA Occidente · San Ramón	2445 5314
IAFA Pacífico Central · Puntarenas	2245 9414

CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN DROGAS

Casa JAGUAR (Personas Menores de Edad)	2225 1154
CAID Alajuela	2430 0293
CAID Cartago	2551 6166
CAID Guápiles	2710 0122
CAID Heredia	2260 2339
CAID Liberia	2666 3668
CAID Limón	2758 6758
CAID Cristo Rey	4082 1369
CAID Pérez Zeledón	2771 0234
CAID Puntarenas	2245 9414
CAID Quepos	2777 4089
CAID San Carlos	2460 3367
CAID San Ramón	2245 5314
CAID Santa Cruz	2680 4764

www.iafa.go.cr



IAFAcr



IAFAcr



IAFAcr



IAFAcr