

# PLAN DE SEGURIDAD

## Plan de prevención de abuso de sustancias

Prevenir el uso y abuso de alcohol y drogas requiere reconocer que puede haber otros problemas presentes. A menudo, el abuso de sustancias puede empezar como una estrategia de afrontamiento que pudo haberse desarrollado debido a problemas de salud mental. Estos problemas de salud mental pueden venir de trauma, conflictos familiares o entre amigos, sentirse inseguro sobre su futuro, o vivir en un ambiente que no es saludable. Mientras algunos pueden encontrar consuelo temporal usando sustancias, como el alcohol, los efectos a largo plazo pueden ser muy dañinos para la salud. Al crear un plan de acción, puedes detener el potencial del abuso de sustancias.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuáles sustancias has usado en el pasado o crees que podrán presentar un problema en el futuro?

---

---

¿Qué te motiva a no usar o parar de usar sustancias?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **SEÑALES DE ADVERTENCIA:**

¿Cuáles son las señales de advertencia y los sentimientos que indican que puedes estar luchando con tu salud mental? *Señales de advertencia pueden incluir ira, pánico, desesperanza, pensamientos negativos, sentirse deprimido, y dificultad para realizar tareas diarias como bañarse, vestirse, dormir, etc.*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Para cada señal/sentimiento que notaste arriba, escribe una estrategia de afrontamiento saludable.

*Por ejemplo, ¿cuáles son otras maneras en que puedes manejar tus emociones si te sientes enojado, deprimido, o estresado? ¿Has usado esta estrategia en el pasado? ¿Te ha funcionado?*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

# PLAN DE SEGURIDAD

## Plan de prevención de abuso de sustancias

### **SEÑALES DE ALERTA:**

¿Cuáles señales de alerta pueden causar que consumas sustancias? *Señales de alerta pueden incluir personas, lugares, situaciones sociales, o emociones muy incómodas como pánico, desesperanza o pensamientos negativos.*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Quiénes son las personas con las que has consumido sustancias o con quienes probablemente usarías sustancias? ¿Todavía estás en contacto con ellos?

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. _____ | Sí o No |
| 2. _____ | Sí o No |
| 3. _____ | Sí o No |

¿En qué lugares has usado o has considerado usar sustancias en el pasado?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Intenta evitar interactuar con estos lugares o personas cuando te sientes provocado o impulsado a usar sustancias.*

### **PERSONAS Y LUGARES DE CONFIANZA:**

¿Quiénes son unas personas que puedes llamar si estás tentado a usar sustancias?

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1. _____ | Número: _____ |
| 2. _____ | Número: _____ |
| 3. _____ | Número: _____ |

¿Cuáles son algunos lugares seguros a donde puedes ir si tu ambiente te puede causar caer en la tentación?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

# PLAN DE SEGURIDAD

## Plan de prevención de abuso de sustancias

### **METAS:**

¿Cuáles son algunos objetivos a corto plazo (1-6 meses) que te gustaría cumplir sin el uso de sustancias?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos objetivos a largo plazo (6-12 meses o más) que te gustaría cumplir sin el uso de sustancias?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **COMPROMISO DEL ADULTO RESPONSABLE:**

Como el adulto responsable del joven, haré lo siguiente para garantizar que él/ella esté seguro/a:

1. Asegurar la supervisión adecuada del joven en todos momentos.
2. Monitorear el comportamiento, estado de ánimo y actividades del joven.
3. Apoyar que el joven participe en actividades positivas, tal como:

4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### **NÚMEROS Y RECURSOS DE APOYO:**

Números de crisis que pueden llamar:

- Para cualquier emergencia, llame 911
- Línea de apoyo para el abuso de drogas: 1-800-622-4357
- Línea de apoyo para la prevención de suicidio: 988
- Línea de apoyo para violencia doméstica: 1-800-799-7233

Recursos locales:

- Programa de Tratamiento para Abuso de Sustancias:

- Grupo de Apoyo (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Al-Anon / Alateen):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# PLAN DE SEGURIDAD

## Plan de prevención de abuso de sustancias

**Afirmo que he leído, revisado, y estoy de acuerdo con el Plan de Seguridad y Prevención de Abuso de Sustancias.**

Nombre del joven	Firma del joven	Fecha
Nombre del adulto responsable	Firma del adulto responsable	Fecha
Nombre del trabajador	Firma del trabajador	Fecha