

3.5. Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI)

<p style="text-align: center;">INSTRUCCIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un sólo carácter por ítem 2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento 3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales <p>A. N.º de identific. <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desintoxicación ambulatoria 2. Desintoxicación hospitalaria 3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio 4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio 5. Tratamiento libre de drogas hospitalario 6. Centro de día 7. Hospital psiquiátrico 8. Otro hospital/servicio 9. Otro: 0. Sin tratamiento <p>C. FECHA DE ADMISIÓN: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>*E. Hora de inicio: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>*F. Hora de fin: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>G. TIPO: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso 2. Seguimiento <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal 2. Telefónico <p>I. SEXO: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Varón 2. Mujer <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>K. ESPECIAL: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente finalizó la entrevista 2. Paciente rehusó 3. Paciente incapaz de responder 	<p style="text-align: center;">ESCALAS DE GRAVEDAD</p> <p>Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual</p> <p style="text-align: center;">INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciudad grande (> 100.000) 2. Mediana (10-100.000) 3. Pequeña (rural) (< 10.000) <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD: <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>*3. Desde cuándo vive usted en esa dirección <input style="width: 30px;" type="text"/> años <input style="width: 30px;" type="text"/> meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? <input type="checkbox"/> 0 = No 1 = Sí</p> <p>5. EDAD <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>6. NACIONALIDAD <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:</p> <p style="padding-left: 20px;">Entrevistado <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Padre <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Madre <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Cárcel 3. Tratamiento de alcohol o drogas 4. Tratamiento médico 5. Tratamiento psiquiátrico 6. Únicamente desintoxicación 7. Otro: <input style="width: 40px;" type="text"/> <p>9. ¿Cuántos días? <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema <p style="text-align: center;">RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</p> <p>..... <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PERFIL DE GRAVEDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">9</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PROBLEMAS</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MÉDICO</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EMPLEO/DEPORTES</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ALCOHOL</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DROGAS</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">LEGAL</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FAMILIA/SOCIAL</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PSICOLÓGICO</td> <td></td> </tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0											PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO	
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
	PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO																																																																																																								

*Ítems opcionales.

SITUACIÓN MÉDICA

-
- ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)
 - ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses
 - ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?
 - No
 - Sí.....
 - ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
 - No
 - Sí
 - No lo sé
 - Rehúsa contestar
 - ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
 - No
 - Sí
 - No lo sé
 - Rehúsa contestar

- En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
 - ¿Cuál fue el último resultado del test?
 - VIH-negativo
 - VIH-positivo
 - No lo sé
 - Rehúsa contestar
 - ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?
 - No
 - Sí
 - ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)
 - No
 - Sí
 - ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?
 - No
 - Sí
 - ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
- PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN*

- ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
- ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- Imagen distorsionada del paciente?
 - No
 - Sí
- La incapacidad para comprender del paciente?
 - No
 - Sí

Comentarios

EMPLEO/SOPORTES

- Años de educación básica:
- Años de educación superior (Universidad/Técnicos):
- Grado académico superior obtenido:
- ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
 - No
 - Sí
- ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular (ver el manual para definición)? años meses
- ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses
- Ocupación habitual (o última):

(especificar detalladamente)
- Patrón de empleo usual en los últimos 3 años
 - Tiempo completo
 - Tiempo parcial (horario regular)
 - Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
 - Estudiante
 - Servicio militar
 - Retirado/invalidez
 - Desempleado (incluir ama de casa)
 - En ambiente protegido

- ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)
- ¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?
- ¿Empleo?
 - No
 - Sí
 - ¿Paro?
 - No
 - Sí
 - ¿Ayuda social?
 - No
 - Sí
 - ¿Pensión o seguridad social?
 - No
 - Sí
 - ¿Compañeros, familiares o amigos?
 - No
 - Sí
 - ¿Ilegal?
 - No
 - Sí
 - ¿Prostitución?
 - No
 - Sí
 - ¿Otras fuentes?
 - No
 - Sí
 - ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)
 - ¿Tiene deudas?
 - No
 - Sí..... (cantidad)

- ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?
- ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

- ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
- ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- Imagen distorsionada del paciente?
 - No
 - Sí
- La incapacidad para comprender del paciente?
 - No
 - Sí

Comentarios

USO DE ALCOHOL Y DROGAS				
	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	Vía admon.*
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Benzodicepinas/barbitúricos/sedantes/hipnóticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Cocaína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Anfetaminas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Alucinógenos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Inhalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
Vía de administración: 1 = oral; 2 = nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV; 5 = inyección IV.

<p>14. ¿Alguna vez se ha inyectado? <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). <input type="checkbox"/></p> <p>Se inyectó:</p> <p style="margin-left: 20px;">– A lo largo de la vida (años) <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">– En los últimos 6 meses (meses) <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">– En los últimos meses (días) <input type="checkbox"/></p> <p>14B. Sí se inyectó en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">1. No compartió jeringuilla</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros</p> <p style="margin-left: 20px;">3. A menudo compartió jeringuilla</p> <p>15. ¿Cuántas veces ha tenido delirium trémens?: <input type="checkbox"/></p> <p>Sobredosis por drogas: <input type="checkbox"/></p> <p>16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento</p> <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><i>Alcohol</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Drogas</i></td> </tr> <tr> <td>1. Desintoxicación ambulatoria</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Desintoxicación residencial</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. Tto. sustitutivo ambulatorio</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. Tto. libre de drogas ambulatorio</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5. Tto. libre de drogas residencial</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6. Centro de día</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>7. Hospital psiquiátrico</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>8. Otro hospital/servicio</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>9. Otro tratamiento</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>		<i>Alcohol</i>	<i>Drogas</i>	1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Desintoxicación residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. Centro de día	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. Hospital psiquiátrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. Otro hospital/servicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. Otro tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentemente como consecuencia de uno de estos tratamientos?</p> <p style="margin-left: 20px;">Alcohol (meses) <input type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Drogas (meses) <input type="text"/></p> <p>18. ¿Qué sustancia es el principal problema? Por favor utilice los códigos anteriores o: 00 = no problemas; 15 = alcohol y otras drogas (adicción doble); 16 = politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente</p> <p>19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses) (00 = nunca abstinentemente): <input type="text"/></p> <p>20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia? (00 = todavía abstinentemente) (meses): <input type="text"/></p> <p>21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en: Alcohol?: (euros).....</p> <p style="margin-left: 20px;">Drogas?: (euros).....</p> <p>22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA]) <input type="text"/></p>
	<i>Alcohol</i>	<i>Drogas</i>																													
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
2. Desintoxicación residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
6. Centro de día	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
7. Hospital psiquiátrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
8. Otro hospital/servicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
9. Otro tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													

<p>23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol? (días) <input type="text"/></p> <p>problemas con otras drogas? (días) <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol? <input type="text"/></p> <p>problemas con otras drogas? <input type="text"/></p> <p>25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol? <input type="text"/></p> <p>con otras drogas? <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para: abuso de alcohol? <input type="text"/></p> <p>abuso de otras drogas? <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>27. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Comentarios</p>	
--	--

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

SITUACIÓN LEGAL

- 1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.)
 - 0. No 1. Sí
- 2. ¿Está en libertad condicional?
 - 0. No 1. Sí
- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:
- 3. Posesión y tráfico de drogas?
- 4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)
- 5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)
- 6. Otros delitos?
- 7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?
- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:
- 8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?
- 9. Prostitución?
- 10. Conducir embriagado?
- 11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)

- 12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses)
 - 13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel? (meses)
 - 14. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave)
 - 15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia?
 - 0. No 1. Sí
 - 16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave)
 - 17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días)
 - 18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días)
- PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN*
- 19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles)

- 20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- 21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- 22. ¿Imagen distorsionada del paciente?
 - 0. No 1. Sí
- 23. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
 - 0. No 1. Sí

Comentarios

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

Rama materna

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rama paterna

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hermanos

	Alcohol	Drogas	Psq
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, «1» cuando la respuesta es claramente **si para algún familiar dentro de esa categoría**, «X» cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea no sé**, y «N» cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría**. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES																																																							
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. Estado civil: <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>1. Casado</p> <p>2. Casado en 2.^{as} nupcias</p> <p>3. Viudo</p> <p>4. Separado</p> <p>5. Divorciado</p> <p>6. Soltero</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil? <input style="margin-right: 10px;" type="text"/> años <input style="margin-right: 10px;" type="text"/> meses</p> <p>3. ¿Está satisfecho con esa situación? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>1. Pareja e hijos</p> <p>2. Pareja</p> <p>3. Hijos</p> <p>4. Padres</p> <p>5. Familia</p> <p>6. Amigos</p> <p>7. Solo</p> <p>8. Medio protegido</p> <p>9. No estable</p> <p>5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? <input style="margin-right: 10px;" type="text"/> años <input style="margin-right: 10px;" type="text"/> meses</p> <p><i>(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)</i></p> <p>6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>¿Vive con alguien que:</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6B. Usa drogas psicoactivas? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas</p>	<p>8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea «no sé» y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.</p> <p>9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Madre</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Padre</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hermanos/hermanas</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Pareja sexual/esposo</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hijos</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Amigos</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </table> <p>Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:</p> <p>0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Último mes</th> <th style="text-align: center;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10. Madre</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>11. Padre</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>12. Hermanos/hermanas</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>13. Pareja sexual/esposo</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>14. Hijos</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>15. Otro familiar</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>16. Amigos íntimos</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>17. Vecinos</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>18. Compañeros de trabajo</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table> <p>¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de usted?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Último mes</th> <th style="text-align: center;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)</td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	Madre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Padre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Hermanos/hermanas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Pareja sexual/esposo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Hijos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Amigos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Último mes	A lo largo de la vida	10. Madre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	11. Padre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	12. Hermanos/hermanas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	13. Pareja sexual/esposo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	14. Hijos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	15. Otro familiar	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	16. Amigos íntimos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	17. Vecinos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	18. Compañeros de trabajo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Último mes	A lo largo de la vida	18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Madre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
Padre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
Hermanos/hermanas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
Pareja sexual/esposo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
Hijos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
Amigos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																						
	Último mes	A lo largo de la vida																																																					
10. Madre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
11. Padre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
12. Hermanos/hermanas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
13. Pareja sexual/esposo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
14. Hijos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
15. Otro familiar	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
16. Amigos íntimos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
17. Vecinos	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
18. Compañeros de trabajo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
	Último mes	A lo largo de la vida																																																					
18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																					
<p>19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios</p> <p>A. Con su familia? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>B. Con otra gente? <input style="float: right;" type="text"/> (excluir familia)</p> <p><i>PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus</p> <p>20. Problemas familiares? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>21. Problemas sociales? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:</p> <p>22. Problemas familiares? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>23. Problemas legales? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p style="text-align: right;">Comentarios</p>																																																							

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p> <p>Tratamiento hospitalario: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Tratamiento ambulatorio: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):</p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Último mes</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">A lo largo de la vida</td> </tr> </table> <p>3. ¿Experimentó depresión severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Experimentó ansiedad o tensión severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Experimentó alucinaciones? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Experimentó ideación suicida severa? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Realizó intentos suicidas? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p>		Último mes	A lo largo de la vida	<p>ESTADO PSIQUIÁTRICO</p> <p><i>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>12. ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR</p> <p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba:</p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>14. Francamente deprimido/retraído <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>15. Francamente hostil <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>16. Francamente ansioso/nervioso <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>19. Con ideación suicida <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p>	<p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>21. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Comentarios</p>
	Último mes	A lo largo de la vida			