

**Instrumento simple de investigación para el uso y abuso de alcohol y otras drogas
(SSI-AOD)**

Instrumento de investigación

Fecha: ____/____/____

Le voy a hacer unas preguntas acerca de su uso de alcohol y otras drogas durante los pasados seis meses.

Durante los **pasados 6 meses...**

1. ¿Ha utilizado usted alcohol u otras drogas? (Por ejemplo; vino, cerveza, licor fuerte, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes, barbitúricos, alucinógenos, o inhalables). Sí ____ NO ____
2. ¿Ha sentido usted que utiliza demasiado alcohol u otras drogas? Sí ____ NO ____
3. ¿Ha intentado usted reducir o parar de beber o de usar drogas? Sí ____ NO ____
4. ¿Ha ido usted donde alguien en busca de ayuda debido a su uso de alcohol o drogas? Sí ____ NO ____

5. ¿Ha tenido usted algún problema de salud? Por ejemplo ha tenido usted:

___ Amnesia u otros períodos de pérdida de la memoria

___ Se ha lesionado la cabeza después de beber o de usar drogas

___ Ha tenido convulsiones, o temblores de nervios (delirium tremens), (“DTs”)

___ Ha tenido hepatitis u otros problemas del hígado

___ Se ha sentido enfermo, tembloroso o deprimido cuando ha parado de consumir alcohol o drogas

___ Ha tenido la sensación de tener insectos caminando debajo de la piel, después de que usted ha parado de usar drogas

___ Se ha lesionado después de beber o de usar drogas

___ Ha utilizado jeringuillas para usar drogas

Indique “Sí” si respondió positivamente a una o mas de estas ocho condiciones:

SÍ ____ NO ____

6. ¿El beber alcohol o utilizar drogas le ha causado problemas entre usted y su familia o amigos?

SÍ ____ NO ____

7. ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas en la escuela o el trabajo?

SÍ ____ NO ____

8. Le han arrestado e ha tenido problemas legales? (Por ejemplo; por escribir cheques sin fondos, conducir mientras está intoxicado, por robar, o por posesión de droga)?
SÍ _____ NO _____
9. ¿Ha perdido usted la calma o se ha envuelto en discusiones o peleas al estar bajo la influencia de alcohol o drogas?
SÍ _____ NO _____
10. ¿Necesita usted consumir más alcohol y drogas para conseguir el efecto que usted desea?
SÍ _____ NO _____
11. ¿Pasa usted mucho tiempo pensando o intentando de conseguir alcohol u otras drogas?
SÍ _____ NO _____
12. ¿Cuándo está bebiendo o utilizando drogas, es más probable que usted haga algo que no haría normalmente, por ejemplo romper las reglas, no cumplir con la ley, vender objetos importantes para usted, o tener relaciones sexuales sin protección con alguien?
SÍ _____ NO _____
13. ¿Se siente usted mal o culpable sobre su uso de alcohol o uso de drogas?
SÍ _____ NO _____

Las próximas preguntas son sobre sus experiencias de vida.

14. ¿Ha tenido usted **alguna vez** problemas con alcohol o drogas?
SÍ _____ NO _____
15. ¿Algún miembro de su familia ha tenido **alguna vez** problemas con alcohol o drogas?
SÍ _____ NO _____
16. ¿Siente usted **en este momento** que tiene un problema con el alcohol o drogas?
SÍ _____ NO _____

Tabulacion

Puntuación: (Las preguntas 1 y 15 no son consideradas en la puntuación)

Total de respuestas "SI": _____

Determinación positiva = puntuacion de 4 o mas.

Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias. Instrumentos para la Evaluación Sencilla para la Ayuda en el Abuso del Alcohol y de Otras Drogas y de Enfermedades Infecciosas. Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP) Serie 11. Publicación del DHHS No. (SMA) 94-2094. Rockville, MD: Administración de los Servicios del Abuso de Sustancias y de Salud Mental, 1994.