

# Evaluación del consumo de sustancias

**Instrucciones:** Llene la sección correspondiente a cada una de las drogas que haya utilizado, aunque esa sustancia nunca haya sido un problema para usted. En caso de que no recuerde los detalles, indique su mejor estimación.

	<b>Edad de primer uso</b> (p .ej. "16")	<b>¿Cuándo fue la última vez que lo utilizó?</b> (p. ej., "hace 1 mes")	<b>Frecuencia de uso más reciente</b> (p. ej., "3 veces por semana")	<b>¿Esta sustancia fue alguna vez un problema?</b> (sí / no)
Alcohol				
Benzodiazepinas (Xanax, Valium, etc.)				
Cocaína				
Crack				
Alucinógenos (LSD, mezcalina, etc.)				
Heroína				
Inhalantes ("Huffing")				
Marihuana				
Metanfetaminas				
Metadona				
MDMA ("Ecstasy")				
PCP ("polvo de ángel")				
Medicamentos con receta				
Otros (indique)				

# Evaluación del consumo de sustancias

**Instrucciones:** Responda a cada una de las siguientes preguntas marcando con un círculo el **SI** o el **NO**. Trate de no pensar demasiado sus respuestas (si no está seguro de una pregunta, responda con su primera idea).

- SI    NO    ¿Se han visto afectadas o dañadas sus relaciones con los amigos, la familia o alguna persona importante por su consumo de drogas/alcohol?
- SI    NO    ¿Ha tenido alguna vez dificultades para reducir o dejar de consumir drogas/alcohol?
- SI    NO    ¿Ha faltado alguna vez al trabajo o se ha reducido su productividad o su buen juicio en el trabajo debido al consumo de drogas o alcohol?
- SI    NO    ¿Ha consumido alguna vez drogas/alcohol para automedicar la ira, la depresión, la ansiedad u otras emociones negativas?
- SI    NO    ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo pensando en consumir o en cómo conseguir drogas/alcohol?
- SI    NO    ¿Alguna vez ha experimentado fuertes deseos de consumir drogas o alcohol?
- SI    NO    ¿Ha desarrollado alguna vez una tolerancia a una droga o al alcohol que le haya obligado a consumir una mayor cantidad de la sustancia para alcanzar un nivel de intoxicación deseable?
- SI    NO    ¿Ha conducido alguna vez un vehículo o participado en una actividad peligrosa bajo la influencia de las drogas o el alcohol?
- SI    NO    ¿Alguna vez ha dejado otras actividades agradables o saludables, como los pasatiempos, la socialización o el ejercicio físico, debido al consumo de drogas/alcohol?
- SI    NO    ¿Ha tenido alguna vez comportamientos sexuales de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección o infidelidad) mientras estaba bajo los efectos de las drogas o el alcohol?
- SI    NO    ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia, como resaca (cruda), malestar físico o irritabilidad debido a la abstinencia de una droga?