

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN:

Aplicación a la gestión clínica y
monitorización de los tratamientos

Autores:

Julio Bobes

M^a Teresa Bascarán

M^a Teresa Bobes-Bascarán

José Luis Carballo

Eva M^a Díaz Mesa

Gerardo Flórez

M^a Paz García-Portilla

Pilar Alejandra Sáiz



Esta monografía ha sido financiada con la ayuda del PNSD (convocatoria marzo 2007): 2007-G056 (CO-269-2007)

ISBN: 978-84-611-7641-0

Índice de autores

JULIO BOBES GARCÍA

Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Oviedo

M^a TERESA BASCARÁN FERNÁNDEZ

Médico. Colaborador de Honor
Área de Psiquiatría - Universidad de Oviedo

M^a TERESA BOBES BASCARÁN

Psicóloga. PIR de Psicología Clínica
Hospital Clínico Universitario. Valencia

JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO

Doctor en Psicología
Unidad de Conductas Adictivas
Facultad de Psicología - Universidad de Oviedo

EVA M^a DÍAZ MESA

Psicóloga. Becaria de investigación
Área de Psiquiatría - Universidad de Oviedo

GERARDO FLÓREZ MENÉNDEZ

Psiquiatra
Centro Asistencial "As Burgas" - Ourense

M^a PAZ GARCÍA-PORTILLA GONZÁLEZ

Prof.^a Titular
Área de Psiquiatría - Universidad de Oviedo

PILAR ALEJANDRA SÁIZ MARTÍNEZ

Prof.^a Titular
Área de Psiquiatría - Universidad de Oviedo

Índice

PRÓLOGO	7
1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS.....	9
2. EUROPASI	17
2.1. INTRODUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	19
2.2. INSTRUMENTO	23
2.3. MANUAL DE APLICACIÓN	33
Apéndices	61
3. ASI-6	75
3.1. INTRODUCCIÓN	77
3.2. INSTRUMENTO (ASI-6)	83
3.3. INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO (ASI-6-FU)	105
3.4. MANUAL DE APLICACIÓN.....	121
4. Teen-ASI	133
4.1. INTRODUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	135
4.2. INSTRUMENTO	143
4.3. APLICACIÓN MANUALIZADA	155

Valoración de la gravedad de la adicción:

Aplicación a la gestión clínica

y monitorización de los tratamientos

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas para clasificar los trastornos por uso-abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas, tanto por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), como de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) a través de su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), no se ha conseguido captar suficientemente la realidad clínica.

Por otra parte, la agrupación categorial de estos trastornos mentales y del comportamiento adolece de una insuficiente calificación de la gravedad clínica de los diferentes pacientes o usuarios del sistema sanitario.

Los intentos de captar la gravedad clínica han sido parcialmente fructuosos debido a que, generalmente, se han diseñado para enfocar intensidad clínica y, en pocas ocasiones, impacto global de enfermedad u otras medidas pragmáticas.

En algunas ocasiones los índices de gravedad propuestos como la GAF (Global Assessment Functioning), carecían de buenas propiedades psicométricas, concordancia interevaluadores o test-retest.

A nuestro juicio, el intento más sólidamente formulado para la evaluación de la gravedad de la adicción procede del equipo de McLellan de Filadelfia, que ya hace más de dos décadas promulgó un índice comprensivo, Addiction Severity Index (ASI), basado en al menos siete dominios y que ha venido perfeccionándose en los últimos años con diferentes intentos de adaptación a nivel regional, como ha sido el caso del EuropASI.

Por todo ello, nuestras intervenciones y evaluaciones realizadas a lo largo de las tres últi-

mas décadas presentan limitaciones y debilidades a la hora de calificar el estado basal como la evolución clínica durante el período de deshabituación.

En estos momentos en que la gestión clínica ha tomado una gran relevancia, resultan imprescindibles medidas pragmáticas que permitan evaluar tanto la intensidad como la gravedad clínica así como la necesidad de cuidados y tratamientos para nuestros pacientes.

Resulta necesario destacar que el contexto europeo a través de su Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, en 2007, invita a los diferentes Estados a cuantificar las consecuencias nocivas del uso y abuso de sustancias (Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol). Asimismo, el contexto nacional invita a desarrollar no sólo el Plan de Calidad 2007 si no también la Estrategia Nacional de Salud Mental 2006.

La monografía presente pretende compilar el conocimiento histórico y su evolución hasta la actualidad, proponiéndole y facilitándole al clínico el instrumento más comprensivo y universalmente utilizado para estos fines en sus diferentes modalidades, dado que, en estos momentos, el ASI constituye una familia de instrumentos adaptables a adolescentes, seguimientos, investigación, gestión, aplicación *on line*, etc.

Con la esperanza de que este esfuerzo pueda resultar de utilidad, tanto para la investigación como para la clínica de las adicciones, el grupo pluridisciplinar de autores quiere agradecer al Plan Nacional sobre Drogas el apoyo y facilitación para que esta monografía haya podido salir a la luz.

Julio Bobes. Presidente Socidrogalcohol
Oviedo, 2007

1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

1. Evaluación de la gravedad de los trastornos adictivos

En la era de la Medicina Basada en Pruebas (MBP) resulta imprescindible que el ejercicio de la Psiquiatría se fundamente en pruebas al igual que sucede en las demás especialidades médicas. Si tradicionalmente los psiquiatras estábamos acostumbrados a realizar nuestras valoraciones de una forma subjetiva y sin ayuda de instrumentos de medida, a principios del siglo XXI podemos afirmar que dicha costumbre está siendo superada.

Desde que en 1905 Binet y Simon desarrollaron su test para medir la inteligencia, la medición de las funciones del psiquismo humano y de sus alteraciones ha evolucionado considerablemente. Como señala Muñiz (1997), la eclosión de los instrumentos de evaluación se produjo tras la primera guerra mundial como consecuencia del éxito de los tests a la hora de seleccionar y clasificar a los soldados del ejército norteamericano. Al principio los tests se utilizaron especialmente para selección de personal y como instrumentos de orientación profesional y educativa. Sin embargo, cuando en 1959 Max Hamilton introdujo en la investigación clínica en Psiquiatría su escala de evaluación de ansiedad y en 1960 la de evaluación de depresión sentó las bases de la estandarización en la evaluación de los pacientes con trastornos mentales. Desde entonces, el campo ha ido desarrollándose progresivamente y en el momento actual podemos afirmar que disponemos de un arsenal de instrumentos de evaluación válidos para ser utilizados tanto en la investigación como en la práctica clínica psiquiátrica cotidiana.

En el desarrollo de la medición estandarizada en Psiquiatría dos sucesos han sido claves a nuestro entender. En primer lugar la creación y desarrollo de las Clasificaciones Internacio-

nales de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, actuales CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV-TR (APA, 2000), al proporcionar un lenguaje común a la Psiquiatría y unos criterios diagnósticos universales de los trastornos mentales y del comportamiento. En segundo lugar, el nacimiento y desarrollo de la Psicometría como disciplina encargada del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de las variables psicológicas, centrada y especializada en las propiedades psicométricas exigibles a las mediciones psicológicas (Muñiz, 1998).

1.1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

En el caso de los trastornos adictivos, la necesidad de instrumentos de evaluación de la gravedad del abuso/dependencia resulta igualmente obvia. En el contexto sanitario actual de una Medicina eficiente que busca proporcionar mejor las necesidades de los pacientes a los sistemas de cuidados, es imprescindible conocer y monitorizar los problemas que presentan los pacientes y su gravedad, así como evaluar los resultados de nuestras intervenciones de una forma estandarizada. El Plan de Acción en Salud Mental para Europa aprobado en la *WHO European Ministerial Conference on Mental Health*, celebrada en Helsinki en 2005, contempla en su área de acción 12 la necesidad de "Evaluar la efectividad y generar nueva evidencia", acción imposible de emprender si no disponemos de los instrumentos de evaluación adecuados.

La evaluación de los resultados de las intervenciones en las adicciones está muy poco desarrollada. Conceptos como respuesta, remisión y recuperación no están operativiza-

dos en los trastornos adictivos a diferencia de la mayor parte de los trastornos mentales. Así por ejemplo, en los trastornos depresivos se entiende por respuesta la disminución de la sintomatología en al menos el 50% en la puntuación basal (Frank E et al, 1991) en la Escala de Hamilton para la Depresión –HDRS– (Hamilton, 1960). En los trastornos esquizofrénicos el criterio de remisión se define como una puntuación ≤ 3 en los siguientes ítems de la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia –PANSS– (Kay et al, 1987) durante al menos 6 meses: delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, embotamiento afectivo, retraimiento social, ausencia de espontaneidad y fluidez de la conversación, manierismos y posturas, y contenidos del pensamiento inusuales (Andreasen, 2005).

Dentro de los instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción podemos diferenciar entre instrumentos globales y específicos:

- Instrumentos globales: evalúan la gravedad de la adicción al alcohol y a las drogas, y además evalúan problemas en otras áreas de la vida del paciente que pueden estar en relación con la adicción
- Instrumentos específicos: evalúan únicamente la gravedad de la adicción al alcohol o a una sustancia en particular

Son instrumentos de evaluación global el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) y la familia del Índice de Gravedad de la Adicción 6ª versión (ASI6: entrevista basal o ASI6, entrevista de seguimiento o ASI6-FU y versión para adolescentes o TEEN-ASI). Estos instrumentos se tratan en extensión en los siguientes capítulos de esta obra.

1.2. INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

A continuación reseñaremos brevemente los instrumentos específicos para las distintas sustancias dando preferencia, en caso de ser posible, a aquéllos que se hayan desarrolla-

do en nuestro país o a los que se encuentren adaptados y validados al español y que, por tanto, hayan demostrado desde un punto de vista psicométrico ser válidos para la evaluación de nuestras intervenciones.

1.2.1. Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción al tabaco

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina

Instrumento diseñado por Fagerström (1978) para cuantificar el grado de dependencia a la nicotina. Existe una versión revisada realizada por Heatherton y cols. en 1991.

La versión original consta de 8 ítems y la revisada de 6 que evalúan una serie de conductas relacionadas con el fumar. En la actualidad se recomienda utilizar la versión revisada de 6 ítems, si bien no se ha adaptado ni validado para su uso en español.

Se trata de un instrumento autoaplicado. Los puntos de corte para la versión revisada de 6 ítems propuestos son: dependencia baja: 0-3 puntos; dependencia moderada: 4-7; y dependencia alta: 8-10 puntos.

1.2.2. Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción al alcohol

Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica - EIDA

Desarrollada por Rubio y cols. (1998) para valorar la intensidad de la dependencia al alcohol, a partir de la versión española del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ).

La escala consta de 30 ítems que se agrupan en las siguientes subescalas: síntomas físicos de la abstinencia, síntomas psicológicos de la abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingesta de alcohol, y reinstauración de la sintomatología tras la recaída.

Se trata de un instrumento autoaplicado. El marco de referencia temporal de la evaluación son los últimos 6 meses.

Proporciona una puntuación global de intensidad de la dependencia. Los puntos de corte establecidos por los autores son: puntuación <21: dependencia leve; puntuación entre 21 y 37 puntos: dependencia moderada; y puntuación >37: dependencia grave.

Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Bebida - OCDS

Desarrollado por Antón y cols. (1995) para valorar la preocupación por la bebida –componente obsesivo– y el consumo de bebida –componente compulsivo–. Su base teórica es que tanto la ideación obsesiva por beber alcohol como las conductas compulsivas de búsqueda de alcohol tienen su base común en el *craving*.

Consta de 14 ítems agrupados en 2 subescalas: componente obsesivo y componente compulsivo.

Es un instrumento autoaplicado que proporciona una puntuación global y puntuaciones en cada una de las subescalas.

Ha sido validada al español (Rubio y López, 1999) y las puntuaciones medias obtenidas en el estudio de validación han sido 9.5 (DE 4.8) para el componente obsesivo, 15.2 (DE 3.5) para el componente compulsivo, y 22.5 (DE 7.5) para la puntuación total.

Escala Multidimensional de Craving de Alcohol - EMCA

Se trata de una escala desarrollada por Guardia y cols. (2004) para medir dos factores del *craving*, el deseo y la desinhibición conductual entendida como falta de resistencia.

La escala consta de 12 ítems que se agrupan en dos subescalas, deseo y desinhibición conductual.

Es un instrumento autoaplicado que proporciona una puntuación global y puntuaciones en las 2 subescalas. Los puntos de corte propuestos son:

- Puntuación global de *craving*: ausente: 12; leve: 13-22; moderado: 23-40; intenso: >40.

- Deseo de beber: ausente: 10; leve: 11-37; moderado: 18-34; intenso: >34
- Desinhibición conductual: ausente: 2; leve: 3; moderado: 4-7; intenso: >7

Escala para la Evaluación de la Abstinencia Alcohólica (revisada) del Addiction Research Foundation Clinical Institute - CIWA-Ar

La CIWA-Ar es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de alcohol.

Consta de 10 ítems que evalúan los diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia alcohólica: náuseas y vómitos, temblor, sudación paroxística, ansiedad, agitación, alteraciones táctiles, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, cefalea y orientación.

Se trata de un instrumento heteroaplicado que proporciona una puntuación total. No existe una versión adaptada ni validada al español. Los autores originales proponen los siguientes puntos de corte: abstinencia leve (se podría administrar medicación ligera o incluso prescindir de ella): 0-9; abstinencia moderada: 10-20; y abstinencia grave (se recomienda desintoxicación hospitalaria): 21-67.

1.2.3. Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción a opiáceos

No existen instrumentos de evaluación específicos de la gravedad de la adicción a opiáceos que hayan sido adaptados y validados para su uso en nuestro país. Existen dos escalas que evalúan la intensidad de la abstinencia de opiáceos, que a continuación describiremos brevemente, pero que tampoco han sido adaptadas ni validadas al español.

Escala de Abstinencia de Opiáceos - OWS

Instrumento diseñado por Bradley y cols. (1987) para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de opiáceos.

Se trata de un instrumento heteroaplicado de 32 ítems que representan los distintos signos y síntomas que pueden aparecer durante la abstinencia.

Proporciona una puntuación total de gravedad del síndrome de abstinencia. No hay puntos de corte propuestos; a mayor puntuación mayor gravedad de la abstinencia.

Existe una versión abreviada de esta escala, la “Escala Breve de Abstinencia de Opiáceos - SOWS”, desarrollada por Gossop en 1990. Consta tan sólo de 10 ítems, y al igual que la versión original es un instrumento heteroaplicado. Proporciona una puntuación global. Tampoco hay puntos de corte propuestos; a mayor puntuación mayor gravedad de la abstinencia.

1.2.4. Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción a cocaína

Dos son los instrumentos específicos más utilizados para valorar la gravedad de la adicción a la cocaína y, desafortunadamente, no se han adaptado ni validado para ser utilizados en nuestro país. No obstante, dado que no existen instrumentos idóneos los comentaremos brevemente.

Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína - CSSA

La escala fue desarrollada por Kampman y cols. (1998) para cuantificar la intensidad de la sintomatología inicial de la abstinencia de cocaína.

Es un instrumento heteroaplicado que consta de 18 ítems que evalúan la presencia e intensidad de los signos y síntomas que se han asociado con más frecuencia a la abstinencia inicial de cocaína.

Proporciona una puntuación total. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad de la abstinencia.

Cuestionario de Craving de Cocaína - CCQ

Se trata de un cuestionario diseñado por Tiffany y cols. (1993) para cuantificar la intensidad del *craving* de cocaína en un momento temporal concreto (CCQ-Now) o durante los últimos 7 días (CCQ-General).

Es un autoinforme de 45 ítems que evalúa la intensidad del *craving* desde un punto de vis-

ta multidimensional –deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora de la abstinencia o disforia, y pérdida de control sobre el consumo– y temporal –momento presente y/o últimos 7 días.

Proporciona una puntuación total. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor intensidad del *craving* de cocaína.

1.2.5. Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción a benzodiacepinas

Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas - BWSQ

Desarrollado por Tyrer para evaluar los síntomas que aparecen más frecuentemente tras la retirada de las benzodiacepinas. No existe una versión adaptada ni validada al español.

Consta de 20 ítems que evalúan trastornos de la percepción y sensación, síntomas somáticos, humor depresivo, pérdida del control de movimientos voluntarios (incluidas las convulsiones) y pérdida de memoria.

Se trata de un cuestionario autoaplicado cuyo marco de referencia temporal es doble: las 2 últimas semanas o el momento en que peor se encontró durante el consumo o la abstinencia de benzodiacepinas.

Proporciona una puntuación total de intensidad del síndrome de abstinencia. No hay puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad de la abstinencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.

2. Andreasen NC, Carpenter Jr WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DF. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am J Psychiatry 2005; 162: 441-449.
3. Anton RF, Moak DH, Latham PK. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A self rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 92-99.
4. Bradley BP, Gossop M, Phillips GT, Legarda JT. *The development of an Opiate Withdrawal Scale (OWS)*. Br J Addict 1987; 82: 1139-1142.
5. Fagerström KO. *Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. Addict Behav 1978; 3: 235-241.
6. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, et al. *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence*. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 851-855.
7. Gossop M. *The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)*. Addict Behav 1990; 15: 487-490.
8. Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, Trujols J, Tejero A, Suárez A, Martí A. *Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol*. Med Clin (Barc) 2004; 123: 211-216.
9. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire*. Br J Addict 1991; 86: 1119-1127.
11. Kampman KM, Volpicelli JR, McGinnis DE, Alterman AI, Weinrieb R, D'Angelo L. *Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment*. Addict Behav 1998; 23: 449-461.
12. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia*. Schizophr Bull 1987; 13: 261-276.
13. Muñiz J. *La Medición de lo Psicológico. Lección inaugural del curso académico 1997-1998*. Oviedo: Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo. 1997.
14. Muñiz J. *Teoría Clásica de los Test*. Madrid: Ediciones Pirámide. 1998.
15. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: MEDITOR. 1992.
16. Rubio G, López M. *Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles*. Adicciones 1999; 11: 7-15.
17. Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. *Validación de la escala de intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA)*. Psiquiatría Biológica 1998; 5(Supl 1): 44-47.
18. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. *Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar)*. Br J Add 1989; 84: 1353-1357.
19. Tiffany ST, Singleton E, Haertzen CA, Henningfield IE. *The development of a cocaine craving questionnaire*. Drug Alcohol Depend 1993; 34: 19-28.
20. Tyrer P, Murphy S, Riley P. *The benzodiazepine withdrawal symptom questionnaire*. J Affect Disord 1990; 19: 53-61.
21. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. WHO: EUR/04/5047810/7. 14 January 2005.

2. EuropASI

2.1. Introducción y propiedades psicométricas

El EuropASI es la versión europea de la 5ª versión del ASI (Addiction Severity Index, Índice de Gravedad de la Adicción) desarrollada en Estados Unidos por McLellan (1990) (1). El ASI fue creado en 1980 en la Universidad de Pensilvania (2) con el objetivo de obtener un instrumento que permitiese conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial de los pacientes con problemas de abuso de drogas (incluido el alcohol), y así planificar su tratamiento y/o tomar decisiones de derivación, así como con fines de investigación.

La adopción del ASI en Europa tiene sentido en cuanto a evaluación de los programas para determinar su eficiencia y para la legitimidad científica de los tratamientos en adicciones, profesionalización, internalización y unificación de un sistema diverso (3).

El EuropASI es un instrumento básico para la práctica clínica, ya que permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto bio-psico-social. Al proporcionar un perfil del paciente en distintas áreas de su vida permite un diagnóstico comprensivo y facilita la planificación de la intervención terapéutica más apropiada para cada paciente. También es de gran utilidad en tareas de investigación, ya que permite emplear sus puntuaciones como variable dependiente para comparar pacientes. De hecho, el EuropASI, fue una adaptación llevada a cabo por un grupo de investigación con la intención de tener un instrumento con el que poder comparar pacientes dependientes de alcohol y otras drogas de diferentes países europeos (4).

Este instrumento evalúa distintos aspectos de la vida de los pacientes que han podido

contribuir al desarrollo del síndrome de abuso de sustancias. En concreto, explora las siguientes seis áreas de la vida potencialmente problemáticas:

- Salud física (16 ítems)
- Empleo / Recursos (26 ítems)
- Drogas / Alcohol (28 ítems)
- Situación legal (23 ítems)
- Historia familiar (51 ítems)
- Relaciones familiares / Sociales (26 ítems)
- Salud mental (22 ítems)

El EuropASI tiene la misma estructura para todas las áreas (5): ítems objetivos, autoevaluación del paciente, evaluación de la gravedad por parte del entrevistador y puntuación de validez de la información obtenida, realizada también por el entrevistador.

La parte inicial de ítems objetivos trata de percibir los problemas reales que tiene el paciente en ese área. Algunos de esos ítems objetivos han demostrado ser más importantes para una estimación válida de la gravedad por lo que se les denomina ítems críticos y han de ser tenidos preferentemente en cuenta por el entrevistador a la hora de establecer las puntuaciones de gravedad.

La escala de autoevaluación del paciente está compuesta por dos ítems que evalúan las molestias o preocupaciones y el grado de importancia del tratamiento para los problemas identificados en la parte objetiva del paciente. Para realizar estas evaluaciones subjetivas los pacientes utilizan una escala tipo Likert de 5 puntos, donde:

- 0 = Nada / Ninguna
- 1 = Leve
- 2 = Moderada
- 3 = Considerable
- 4 = Extrema

La tercera sección corresponde a la evaluación de la gravedad de ese área que realiza el investigador teniendo en cuenta la información objetiva, especialmente los ítems críticos, y la información subjetiva proporcionada por el paciente en su autoevaluación.

La gravedad es entendida por el EuropASI como la necesidad de tratamiento cuando éste no existe, o como la implementación de un tratamiento adicional en caso de que en la actualidad ya esté recibiendo tratamiento. Las puntuaciones de gravedad oscilan entre 0 y 9, donde 0 equivale a que “no existe problema real en esa área, el tratamiento no está indicado” y el 9 a que existe un “problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario”.

Finalmente, en la sección de evaluación de la validez de la información proporcionada por el paciente el entrevistador debe calificar la existencia de una imagen distorsionada del paciente y de incapacidad de éste para comprender las cuestiones.

El entrevistador va guiando la entrevista de un área a la siguiente de manera que el paciente no confunda o mezcle problemas en un área particular con dificultades de otro área, obteniendo así no sólo información de la situación global, sino también un perfil claro diferenciado de las distintas facetas de la vida del paciente y sus problemas. Esto permitirá actuar después a la hora de dirigir la estrategia terapéutica hacia un área u otra en función de sus necesidades reales actuales (30 últimos días) y no de problemas potenciales, sin olvidar la historia vital. La correcta aplicación de esta entrevista ayuda a asignar a cada paciente a las estrategias terapéuticas apropiadas para su situación y evaluar los resultados de las intervenciones.

Una vez realizada la entrevista el entrevistador ha de realizar las puntuaciones de gravedad para cada área problema. Para obtener la puntuación de gravedad el entrevistador tendrá en cuenta en primer lugar los ítems objetivos, especialmente los críticos, y establecerá un rango de 2 ó 3 valores en lugar de un único valor. En un segundo paso tendrá en cuenta la autoevaluación subjetiva del paciente para escoger un único valor del rango que había

establecido previamente. El rango de las puntuaciones posibles de gravedad para cada una de las diferentes áreas problema, oscila entre 0 (ausencia del problema) y 9 (problema extremo):

- 0-1 no hay problema real, y no está indicado el tratamiento, ayuda o diagnóstico
- 2-3 problema leve, no es necesario el tratamiento, ayuda o diagnóstico
- 4-5 problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento, ayuda o diagnóstico
- 6-7 problema considerable, el tratamiento, ayuda o diagnóstico es necesario
- 8-9 extremo, el tratamiento, ayuda o diagnóstico es absolutamente necesario

De esta manera se obtiene un perfil de la gravedad del paciente en cada una de las áreas problema y podemos establecer un proceso de intervención uniforme que garantice el equilibrio entre las diferentes áreas de la vida del paciente que tradicionalmente están ligadas a los problemas de adicción.

Para poder evaluar los resultados de las intervenciones, parece lógica la necesidad de readministrar el instrumento a los pacientes una vez se haya intervenido. Con tal fin, el EuropASI proporciona una entrevista de seguimiento (4) para evaluar el programa y su utilidad. Si el paciente está conforme, se realizará un mes después de la primera entrevista, pudiendo ser por teléfono. Es más corta, ya que sólo se aplican aquellos ítems que implican cambios. En este caso, las escalas de validación de la información no son comparables a las empleadas en la entrevista inicial.

El EuropASI necesita de un entrenamiento previo del entrevistador que debe de poseer ciertas características y tener en cuenta diferentes aspectos a la hora de obtener la información:

- ser claro, descriptivo, despejar cualquier duda, establecer y mantener un *rapport* continuado con el paciente, promover la validez de la información obtenida
- evitar imponer sus respuestas al paciente
- capacidad para expresarse y entender el lenguaje del paciente adaptándose a él

- capacidad para sugerir métodos para dar la respuesta, como por ejemplo estructurar el tiempo
- habilidad para decidir sobre la veracidad y consistencia de las manifestaciones del paciente

El EuropASI viene acompañado de un manual para entrenamiento y administración de la entrevista (ver punto 2.3). Este manual proporciona una descripción detallada del instrumento e información, ejemplos y consejos sobre las diferentes áreas e ítems para llevar a cabo la entrevista de manera válida y fiable.

La fiabilidad y validez están bien establecidas (6). No obstante, las puntuaciones de gravedad obtenidas no pueden relegar a la información que el paciente proporciona sobre cada área concreta.

El EuropASI se ha traducido a la práctica totalidad de idiomas europeos (7). Sin embargo, las publicaciones en revistas de impacto sobre sus propiedades psicométricas son muy escasas.

Los estudios realizados en Hungría (8,9) demostraron correlaciones estadísticamente significativas y de elevada magnitud entre las puntuaciones de gravedad y las puntuaciones compuestas para todas las secciones del EuropASI. Demostró asimismo una elevada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach >0.70). Sin embargo, el estudio sobre la versión noruega concluyó que precisaba modificaciones para mejorar su validez de construcción y su fiabilidad (10).

La versión alemana del EuropASI (11,12) demuestra la independencia entre las distintas secciones ($-0.17 < r < 0.34$, es decir coeficientes de correlación bajos). Cada coeficiente de correlación entre las correspondientes valoraciones de gravedad y las puntuaciones compuestas fueron estadísticamente significativas ($p < .0005$) con valores del coeficiente de Pearson de moderados a elevados (de 0.47 a 0.93). En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna resultó ser buena (alfa de Cronbach: 0.69-0.92) y la fiabilidad interexaminadores de moderada a excelente (coeficiente de correlación interclases: 0.62-0.99). Respecto a la validez convergente con el Test de Screening de

Alcoholismo de Michigan, la correlación con la puntuación de gravedad de la sección de alcohol fue estadísticamente significativa y de magnitud moderada ($r = 0.44$) mientras que la correlación con la puntuación compuesta, aunque también significativa, obtuvo una magnitud baja ($r = 0.34$). Además, esta sección fue capaz de discriminar entre pacientes con y sin dependencia de alcohol ($t = 2.99$, 108 df, $p = .004$). La sección de salud psíquica obtuvo una validez convergente con la versión revisada del Listado de Síntomas (SCL-90-R) estadísticamente y significativa de magnitud moderada ($r = 0.55$).

BIBLIOGRAFÍA

1. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. J Subst Abuse Treat 1992;9(3):199-213.
2. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. J Nerv Mental Dis 1980;168(1):26-33.
3. Stenius K, Room R. *Measuring "addiction" in Europe: The diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions*. J Subst Use 2004; 9(3-4):105-19.
4. González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. *Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica*. Psiquia Biol 1998;5(1):40-3.
5. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Ars Medica 2006.
6. Government TS. *European Addiction Severity Index*. [cited; Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/05/17143/21900>]
7. Addiction EMCfDaD. *European Addiction Severity Index (EuropASI)*. [cited; Available from: <http://eib.emcdda.europa.eu/index>]

[cfm?fuseaction=public.Content&nnodeid=3647&sLanguageiso=EN](#)

8. Gerevich J, Bácskai E, Rózsa S. *Hungarian adaptation of the European Addiction Severity Index*. J Subst Use 2004; 9(3-4):185-91.
9. József R, Csilla P, Nauszika MA. *The reliability and validity testing of the Hungarian version of the EuropASI*. Magyar Psichológiai Szemle 2002;57(4):587-603.
10. Lauritzen G, Ravndal E. *Introduction of the EuropASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiveness study*. J Subst Use 2004;9(3-4):141-6.
11. Weiler D, Vogt M, Küfner H. *Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen*. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 2000;46(3):197-208.
12. Scheurich A, Muller MJ, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. *Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI)*. J Stud Alcohol 2000;61(6):916-9.
13. Raes V, Lombaert G. *EuropASI: A standard in de Sleutel, Belgium*. J Subst Use 2004;9(3-4):196-204.

2.2. Instrumento

ÍNDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EuropASI)

INSTRUCCIONES

1. Cumplimentar totalmente.
Cuando sea preciso utilizar:
X = pregunta no contestada
N = pregunta no aplicable
Use un solo 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.

ESCALAS DE GRAVEDAD

Las escalas de gravedad 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 la gravedad, consultar el manual.

ESCALA DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderado
3. Considerable
4. Extrema

(A) N.º de identific.:

B. TIPO DE TRATAMIENTO: ☐

1. Desintoxicación ambulatoria
2. Desintoxicación residencial
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio
4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio
5. Tratamiento libre de drogas residencial
6. Centro de día
7. Hospital psiquiátrico/
Servicio de psiquiatría
8. Otro hospital/servicio
9. Otro:
0. Sin tratamiento

C. FECHA DE ADMISIÓN:

(D) FECHA DE LA ENTREVISTA:

^a**E.** Hora de inicio:

^a**F.** Hora de finalización:

(G) TIPO: ☐

1. Ingreso
2. Seguimiento

(H) CÓDIGO DE CONTACTO: ☐

1. Personal
2. Telefónico

I. SEXO: ☐

1. Varón
2. Mujer

(J) CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR:

(K) ESPECIAL: ☐

1. Paciente finalizó la entrevista
2. Paciente rehusó
3. Paciente incapaz de responder

^a Ítems opcionales.

INFORMACIÓN GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: ☐

1. Ciudad grande (> 100.000)
2. Mediana (10-100.000)
3. Pequeña (rural) (< 10.000)

2. CIUDAD/ CÓDIGO

POSTAL: ☐☐☐☐☐

^a3. Desde cuándo vive usted en esa dirección

☐☐

☐☐

años

meses

^a4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? ☐

0 = No 1 = Sí

5. EDAD ☐☐

6. NACIONALIDAD ☐☐☐

7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:

A. Entrevistado ☐☐☐

B. Padre ☐☐☐

C. Madre ☐☐☐

⑧. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? ☐

1. No
2. Cárcel
3. Tratamiento de alcohol o drogas
4. Tratamiento médico
5. Tratamiento psiquiátrico
6. Únicamente desintoxicación
7. Otro:

⑨. ¿Cuántos días? ☐☐

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ADICIONALES

..... ☐☐☐
 ☐☐☐
 ☐☐☐
 ☐☐☐

PERFIL DE GRAVEDAD

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
PROBLEMAS	SALUD FÍSICA	EMPLEO/RECURSOS	ALCOHOL	DROGAS	SITUACIÓN LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	SALUD MENTAL

SALUD FÍSICA

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas de salud física? (incluir sobredosis, *delirium tremens*, excluir desintoxicaciones)

2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas de salud física?

☐☐

años

☐☐

meses

3. ¿Padece algún problema de salud física crónico que continúa interfiriendo en su vida?

0. No ☐

1. Sí ☐

④.* ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis? ☐

0. No

1. Sí

2. No lo sé

3. Rehúsa contestar

^a Ítems opcionales.

- ⑤.* ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH? ☐
0. No
 1. Sí
 2. No lo sé
 3. Rehúsa contestar
- ⑥. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses? ☐☐
- ⑦. ¿Cuál fue el último resultado del test? ☐
0. VIH-negativo
 1. VIH-positivo
 2. No lo sé
 3. Rehúsa contestar
- ⑧. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema de salud física? ☐
- 0.No
 1. Sí
- ⑨. ¿Recibe alguna pensión por invalidez física? (excluir invalidez psiquiátrica) ☐
- 0.No
 1. Sí
- ⑩. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas de salud física en los últimos 6 meses? ☐☐
- 0.No
 1. Sí
- ⑪. ¿Cuántos días ha tenido problemas de salud física en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

- ⑫. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes? ☐
- ⑬. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- ⑭. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- ⑮. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
- 0.No
 1. Sí
- ⑯. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
- 0.No
 1. Sí

Comentarios

EMPLEO/RECURSOS

- ①.* Años de educación básica: ☐☐
- ②.* Años de educación superior (Universidad/Técnicos): ☐☐
- ③. Título académico superior obtenido: ☐
- ④. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? ☐
- 0.No
 1. Sí
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? (ver el manual para definición)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| años | meses |
6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| años | meses |
- ⑦.* Profesión habitual (o última):
..... ☐
(especificar detalladamente)
- ⑧.* Patrón de empleo usual en los últimos 3 años: ☐
1. Tiempo completo
 2. Tiempo parcial (horario regular)
 3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
 4. Estudiante
 5. Servicio militar
 6. Retirado/invalidez
 7. Desempleado (incluir ama de casa)
 8. En ambiente protegido

9. ¿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?

10. ¿Empleo? ☐
0.No 1. Sí

11. ¿Paro? ☐
0.No 1. Sí

12. ¿Ayuda social? ☐
0.No 1. Sí

13. ¿Pensión o seguridad social? ☐
0.No 1. Sí

14. Cónyuge, familia o amigos? ☐
0.No 1. Sí

15. ¿Ilegal? ☐
0.No 1. Sí

16. ¿Prostitución? ☐
0.No 1. Sí

17. ¿Otras fuentes? ☐
0.No 1. Sí

18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17) ☐

19. ¿Tiene deudas? ☐
0.No
1. Sí:..... (cantidad)

20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.? ☐

21. ¿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

22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes? ☐

23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
0.No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
0.No 1. Sí

Comentarios

USO DE DROGAS/ALCOHOL

	Edad de inicio	A lo largo de la vida	Último mes	Via admon. ^a
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Alcohol: por encima del umbral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Benzodiacepinas/barbitúricos/ otros sedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia (ítems 2 a 12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.

^aVía de administración: 1 = oral;

2 = nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV;

5 = inyección IV.

14* ¿Alguna vez se ha inyectado? ☐

0. No 1. Sí

14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). Se inyectó: ☐

- A lo largo de la vida (años) ☐

- *En los últimos 6 meses (meses) ☐

- En el último mes (días) ☐

14B* Sí se inyectó en los últimos 6 meses: ☐

1. No compartió jeringuilla

2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros

3. A menudo compartió jeringuilla

15* ¿Cuántas veces ha tenido: delirium tremens? ☐
sobredosis por drogas? ☐

16* Tipo de tratamientos y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio

☐☐ ☐☐

5. Tratamiento libre de drogas residencial

☐☐ ☐☐

6. Centro de día

☐☐ ☐☐

7. Hospital psiquiátrico

☐☐ ☐☐

8. Otro hospital/servicio

☐☐ ☐☐

9. Otro tratamiento

☐☐ ☐☐

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentemente como consecuencia de uno de estos tratamientos?

Alcohol (meses) ☐☐

Drogas (meses) ☐☐

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

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)

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia? ☐☐
(00 = todavía abstinentes) (meses)
21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en:
alcohol? (euros)
drogas? (euros).....

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])

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol? (días) ☐☐
problemas con otras drogas? (días) ☐☐

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol? ☐☐
problemas con otras drogas? ☐☐
25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol? ☐☐
con otras drogas? ☐☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:
abuso de alcohol? ☐☐
abuso de otras drogas? ☐☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
0.No 1. Sí
28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
0.No 1. Sí

Comentarios

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 intoxicado? ☐☐
- 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 **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.
**En caso de que existan más de 2 hermanos por
categoría**, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

- ① Estado civil: ☐
- Casado
 - Casado en segundas nupcias
 - Viudo
 - Separado
 - Divorciado
 - Soltero
2. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este estado civil?
- ☐☐ años ☐☐ meses
- ③ ¿Está satisfecho con esa situación? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí
- ④* Convivencia habitual (en los últimos 3 años) ☐
- Pareja e hijos
 - Pareja
 - Hijos
 - Padres
 - Familia
 - Amigos
 - Solo
 - Medio protegido
 - No estable
5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación?
- ☐☐ años ☐☐ meses
- (Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)
- ⑥ ¿Está satisfecho con esa convivencia? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí
- ¿Vive con alguien que: ☐
- No
 - Sí
- ⑥A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? ☐
- ⑥B. Usa drogas psicoactivas? ☐

- ⑦ ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? ☐
- Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
 - Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
 - Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
 - Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas
- ⑧ ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí
- ⑨ ¿Cuántos amigos íntimos tiene? ☐

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**.

9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones personales próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre
Padre
Hermanos/hermanas
Pareja sexual/esposo
Hijos
Amigos íntimos

¿Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:

0.No 1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
10. Madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hermanos/hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pareja sexual/esposo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otro familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Amigos íntimos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Compañeros de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna de estas personas (10-18) ha abusado de usted?

0.No 1. Sí

Último mes

A lo largo de la vida

18A. Emocionalmente?

(insultándole, etc.)

☐
☐

18B. Físicamente?

(produciéndole daños físicos)

☐
☐

18C. Sexualmente?

(forzándole a mantener relaciones sexuales)

☐
☐

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios

A. Con su familia? ☐

B. Con otras personas? ☐

(excluir familia)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

20. Problemas familiares? ☐

21. Problemas sociales? ☐

¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:

22. Problemas familiares? ☐

23. Problemas legales? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐

0.No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐

0.No 1. Sí

Comentarios

SALUD MENTAL

1.* ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario: ☐☐☐☐

Tratamiento ambulatorio: ☐☐☐☐

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? ☐

0.No 1. Sí

¿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):

0.No 1. Sí

Último mes

A lo largo de la vida

3. Experimentó depresión intensa? ☐

☐

4. Experimentó ansiedad o tensión intensa? ☐

☐

5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? ☐

☐

6. Experimentó alucinaciones? ☐

☐

7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas? ☐

☐

8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? ☐

☐

9. Experimentó ideación suicida grave? ☐

☐

10. Realizó intentos suicidas? ☐

☐

10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? ☐

☐

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/ emocionales? ☐

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

12. ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? ☐
13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? ☐

LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

0.No 1. Sí

14. Francamente deprimido/retraído ☐
15. Francamente hostil ☐
16. Francamente ansioso/nervioso ☐
17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide ☐

18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo ☐
19. Con ideación suicida ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

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

Comentarios

2.3. Manual para entrenamiento y administración de la entrevista EuropASI

BASADO EN:

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN, 5.ª EDICIÓN CON PREFACIO MANUAL PARA EL ENTRENAMIENTO Y SUPERVISIÓN DE ENTREVISTAS ASI BASADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

BARBARA FUREMAN; GARGI PARIKH; ALICIA BRAGG; A. THOMAS MACLELLAN

POR

PETER BLANKEN, VICENT HENDRIKS, Addiction Research Institute Rotterdam.

Ivo GJO POZZI, ENRICO TEMPESTA, Servizio Farmacodipendenze "A Gemelli" Roma.

CHRISTINA HARTGERS, MAARTEN KOETER, Amsterdam Institute For Addiction Research.

AIAR EVA MARIA FAHRNER, BRIGITTE GSELLHOFER, HEINRICH KÜFNER, Institut Therapieforschung, München

ANNA KOKKEVE, Athens University, Department Of Psychiatry, Athens.

AMBROS UCHTENHAGEN, Sozialpsychia Trischer Dienst, Zürich.

Traducción española realizada por:

JULIO BOBES, M^a TERESA BASCARÁN, M^a TERESA BOBES,

PAZ GARCÍA-PORTILLA, CELSO IGLESIAS, PILAR A. SÁIZ

Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo

Financiado parcialmente con fondos del COST A6 – Comisión de la Comunidad Europea.

PREFACIO

La versión europea del ASI y la Guía-Manual de Entrenamiento y Administración del EuropASI son una adaptación de la 5ª versión del Manual del ASI¹. Esta versión del EuropASI es el resultado del trabajo de un grupo de investigadores europeos, que han estado trabajando con versiones traducidas y adaptadas del ASI americano, y que han recibido apoyo financiero a través del Programa COST A6 de la correspondiente Comisión de la Comunidad Europea.

Al inicio de 1993 Christina Hartgers (Holanda) y Anna Kokkevi (Grecia) tomaron la iniciativa de comenzar el desarrollo de lo que ahora en la actualidad se ha denominado EuropASI. Pron-

to Enrico Tempesta, Gijo Pozzi (Italia), Eva-Maria Fahrner (Alemania), Ambros Uchtenhagen (Suiza) y Meter Blanden (Holanda) se incorporaron al grupo de trabajo EuropASI. Aunque las traducciones del ASI estaban ya disponibles en otros países de Europa, los datos recogidos con los instrumentos no eran comparables. El principal objetivo de este grupo de trabajo fue desarrollar un EuropASI uniforme que permitiese la comparación de pacientes dependientes de alcohol y drogas de toda Europa (con y sin contacto institucional para el tratamiento).

El grupo de trabajo decidió usar la 5ª versión del ASI americano como base del EuropASI. McLellan y cols. fueron informados acerca del proyecto y dieron el visto bueno a la iniciativa.

1 Barbara Fureman; Gargi Parikh; Alicia Bragg; A. Thomas McLellan(1990): Addiction Severity Index: A Guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years. (Fifth edition). The University of Pennsylvania/Veterans Administration, Center for Studios of Addiction.

Algunas adaptaciones fueron realizadas sobre la experiencia con el ASI de algunos de los miembros del grupo de trabajo. Dada su experiencia e historia en investigación psicométrica otras adaptaciones fueron obtenidas de la adaptación holandesa del ASI². Las adaptaciones pueden sintetizarse como sigue:

Algunos ítems de la versión americana no se consideraron relevantes, o en su formato original no eran relevantes en el contexto europeo. Por ejemplo, en Europa no es relevante preguntar sobre la cantidad de dinero recibido o ganado de varias fuentes (la sección sobre Empleo / Recursos). En consecuencia estas cuestiones han sido reformuladas preguntando si recibe o no dinero de distintas fuentes.

Otros ítems no podían ser literalmente traducidos a la situación europea por existir diferencias en el sistema de financiación sanitaria y en los sistemas terapéuticos.

Durante la conferencia titulada "Komorbidität: Psychiatrische Störungen und stofflicher Mißbrauch" (Hamburgo, Septiembre 1993) el Grupo de Trabajo registrado oficialmente como Grupo de Trabajo Cuatro en la COST A6 en la Comisión de la Comunidad Europea, tuvo su primer Workshop sobre el EuropASI. Durante este workshop se presentaron la historia del

ASI en varios países europeos y una versión preliminar. Además se discutió la importancia de realizar un programa de formación de formadores en la administración del EuropASI y de realizar un estudio de validación multicéntrico del EuropASI. Al final del Workshop los participantes de los 11 países europeos expresaron su interés en trabajar con el EuropASI y de participar en los estudios.

Desde entonces han transcurrido 18 meses de la iniciativa EuropASI. Este "Manual para Entrenamiento y Administración de la Entrevista EuropASI", así como la entrevista misma son la primera versión de un instrumento que indudablemente resultará muy útil para el estudio de los pacientes dependientes de alcohol y drogas con o sin contacto institucional en la mayoría de los países europeos.

En representación del Grupo de Trabajo EuropASI,
Agosto 1994

Prof. Dr. **Anna Kokkevi** &
Dr. **Christina Hartgers**

Coordinadores del Grupo de Trabajo del Índice
Europeo de Gravedad de la Adicción

2 Hendriks VM; Kaplan CD; van Limbeek J; Geerlings P (1990): The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6 (2), 133-141; and Hendriks VM; Meer CW van der; blanken P(1991): *De Addiction Severity Index, ASI². Handkeiding bij training en afname*. Róterdam: Addiction Research Institute Róterdam (IVO).

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DEL INDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCION

Coordinadores del Grupo de Trabajo EUROPASI:

PROF. ANNA KOKKEVI, PhD.

Athens University Medical School
Department of Psychiatry
74 Vassilissis Sofias Av
Athens 11528
Greece

CHRISTINA HARTGERS, PhD.

Amsterdam Institute for Addiction Research
Jacob Obrechtstraat 92
1071 KR Amsterdam
The Netherland

Coordinador del COST A6, Comisión de la Comunidad Europea:

PROF. AMBROS UCHTENHAGEN, MD. PhD.

Sozialpsychiatrischer Dienst
Psychiatrischer Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
P.O. Box 904, 8021 Zürich
Switzerland

Coordinadores del Entrenamiento EUROPASI:

PETER BLANKEN, PhD.

Erasmus University Rotterdam
Addiction Research Institute Rotterdam (IVO)
P.O. Box 14738, 3000 DR Rotterdam
The Netherlands

CHRISTINA HARTGERS, PhD.

Amsterdam Institute for Addiction Research
(ver más arriba)

Personas de Contacto para el EUROPASI en Italia, Alemania y España:

GINO POZZI, MD.

Prof. Enrico Tempesta, MD.
Servizio Farmacodipendenze
Policlinico Universitario "A. Gemelli"
Largo Agostino Gemelli 8
0168 Rome - Italy

BRIGITTE GSELLHOFER, MA.

Heinrich Küfner, PhD.
Institut für Therapieforchung (IFT)
Parzivalstraße 25
80804 München - Germany

JULIO BOBES, MD, PhD.

Área de Psiquiatría
Universidad de Oviedo
c/ Julián Clavería, 6
33006 Oviedo - Spain

INSTRUCCIONES GENERALES

Con objeto de mantener el mismo método de evaluación de la gravedad de los problemas, objetivo central del ASI,

Las secciones I a VII de las "Instrucciones Generales" de este manual EUROPASI han sido copiadas literalmente de:

Fureman B; Parikh G; Braga A; McLellan AT (1990): Addiction Severity Index: A Guide to training and supervising ASI

Interviews based on the past ten years. (Fifth edition). The University of Pennsylvania/Veterans Administration, Center

For Studies of Addiction. La sección VIII de estas instrucciones generales ha sido adaptada.

I. INTRODUCCIÓN

El Índice de Gravedad de la Adicción es una entrevista relativamente breve, semiestructurada y realizada para proporcionar información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su Síndrome de Abuso de Sustancias. Es el primer paso para obtener un perfil del paciente para su posterior uso por los clínicos o investigadores. Por esto, resulta particularmente importante que el paciente comprenda el propósito de la entrevista. Si se utiliza exclusivamente con fines clínicos debería considerarse como el primer escalón en la comprensión de la magnitud del problema global por el cual el paciente está buscando ayuda y la base para la planificación del tratamiento inicial. Si el ASI se utiliza exclusivamente con fines de investigación, entonces el entrevistador debería explicar al paciente que esta entrevista puede proporcionar una explicación del antes y después de las intervenciones o procedimientos terapéuticos utilizados. El entrevistador tendría también la oportunidad de explicar y describir los beneficios potenciales que el paciente podría esperar por participar en el proyecto de investigación.

El entrevistador se presentará a sí mismo y manifestará brevemente al paciente que desea realizarle algunas preguntas sobre el plan de tratamiento. El entrevistador debería añadir

que estas preguntas se realizan a todos los solicitantes para el tratamiento / investigación, que la entrevista será totalmente confidencial, y que la información no saldrá del lugar terapéutico / de investigación. NOTA: Esto debería enfatizarse de nuevo a lo largo de la entrevista.

Seguidamente, el entrevistador debería describir el diseño de la entrevista, recalcando las 7 potenciales áreas problemáticas. Estas áreas son: Salud física, Empleo/Recursos, Drogas/Alcohol, Situación legal, Relaciones familiares/Sociales y Salud mental. Es importante que el entrevistador enfatice la naturaleza de la contribución del paciente. Por ejemplo, el entrevistador debería decir:

"Nos hemos dado cuenta que aunque todos los pacientes tienen problemas de alcohol / drogas, muchos tienen también importantes problemas en otras áreas como salud física, empleo, relaciones familiares, etc. En cada una de esas áreas, le preguntaré si Ud. piensa que tiene problemas en ella, cuánta molestia / preocupación ha sentido por esos problemas, y qué importancia tiene para Ud. el tratamiento de esos problemas. Esto es una oportunidad para que describa sus problemas más importantes; aquéllos en los que Ud. piensa necesita más ayuda"

El último paso de la introducción es la explicación de la escala de valoración del paciente (ver la Sección II para instrucciones generales). El paciente utilizará esta escala de 5 puntos en cada área problema para contestar las preguntas subjetivas. El entrevistador debería describir el uso de la escala y poner un ejemplo para comprobar que el paciente lo ha comprendido.

Como el foco de atención de la entrevista va cambiando de un área a otra, es muy importante para el entrevistador presentar cada área y cambiar la atención del paciente del área previa. Por ejemplo:

"Bueno, hemos hablado acerca de sus problemas de salud física, ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre cualquier problema que pueda tener en el empleo o en los recursos."

De esta manera el paciente estará preparado para concentrarse en cada una de las áreas independientemente. Es importante que el paciente no confunda o mezcle problemas en un área particular con dificultades de otro área, tal como confundir problemas psiquiátricos con aquéllos directamente derivados de los efectos fisiológicos de la intoxicación por alcohol o drogas.

Entrevistas de seguimiento

Si posteriormente se va a realizar una entrevista de seguimiento, debería comentarse también en la introducción. Por ejemplo:

“Si nos autoriza, nos gustaría ponernos en contacto de nuevo con Ud. dentro de unos 6 meses aproximadamente para realizarle unas preguntas similares. Esto nos permitirá evaluar nuestro programa, para ver cuánta utilidad ha tenido.”

Introducir la entrevista de una forma descriptiva, clara, despejando cualquier duda, estableciendo y manteniendo un buen contacto continuado con el paciente, promoverá que la información obtenida en la entrevista inicial (de admisión) sea válida. NOTA: Las instrucciones específicas para las entrevistas de seguimiento se detallan posteriormente en esta parte del manual (Apartado VIII).

II. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

Es especialmente importante que el paciente desarrolle la capacidad de expresar hasta qué punto ha experimentado problemas en cada una de las áreas seleccionadas, y el grado de importancia que atribuye al tratamiento para esos problemas. Estas estimaciones subjetivas son centrales para la participación del paciente en la evaluación de su condición.

Para estandarizar estas evaluaciones hemos empleado una escala de 5 valores (0-4) para que los pacientes valoren la gravedad de sus problemas y hasta qué punto piensan que el tratamiento para los mismos es importante.

0 - NADA / NINGUNA

1 - LEVE

2 - MODERADA

3 - CONSIDERABLE

4 - EXTREMA

Con algunos pacientes es suficiente simplemente describir la escala y sus valores en la introducción de la entrevista y ocasionalmente después. Con otros pacientes, puede ser necesario llegar a obtener una respuesta adecuada de otra forma. El interés principal del entrevistador en esos ítems es obtener la opinión del paciente. Es más apropiado dejar que el paciente utilice su propio lenguaje para expresar una opinión que forzarle a que elija de la escala.

Con estas evaluaciones pueden surgir varios problemas. Por ejemplo, la evaluación del paciente de sus problemas en una área no debería estar basada en su percepción de otros problemas. El entrevistador debería intentar clarificar cada evaluación como un área problema separada, y centrar la atención en los últimos 30 días. De este modo, la evaluación debería estar basada en los problemas reales actuales y no en los problemas potenciales. Si el paciente no ha reportado problemas en los 30 últimos días, entonces el grado de preocupación por esos problemas debe ser 0 y el entrevistador debería realizar una pregunta para confirmar la información previa.

“¿Puesto que Ud. dice que no ha tenido problemas médicos en los últimos 30 días, puedo suponer que no cree que necesite ningún tratamiento médico?”

NOTA: Si el paciente no es capaz de entender la naturaleza de la evaluación, ponga una “X” en esos ítems.

III. ESTIMACIONES

Varias preguntas requieren que el paciente estime cuánto tiempo ha experimentado un problema concreto en los últimos 30 días. Estos ítems pueden resultar difíciles para el paciente, y puede ser necesario sugerirle métodos de estructuración del tiempo; por ejemplo: fracciones de tiempo (la mitad del tiempo, etc.) o puntos de referencia (fines de

semana, días laborables, etc.). Finalmente, es importante que el entrevistador evite imponer sus respuestas al paciente (por ejemplo, "Parece que tiene un problema médico serio!"). El entrevistador debería ayudar al paciente a seleccionar una estimación apropiada sin forzarle a realizar respuestas específicas.

IV. CLARIFICACIÓN

Durante la administración del EuropASI existen múltiples oportunidades para clarificar las preguntas y respuestas, hecho que se considera esencial para obtener una entrevista válida. Para asegurar la calidad de la información, asegúrese de que la intención de cada pregunta es clara para el paciente. No es necesario realizar cada pregunta exactamente del mismo modo en que está formulada, utilice para frases y sinónimos apropiados para cada paciente y anote cualquier información adicional en las secciones de "Comentarios".

NOTA: Cuando está claro que el paciente no es capaz de entender una pregunta concreta, la respuesta debería ser registrada. En estos casos, ponga una "X" en el primer bloque de ese ítem. Cuando parece que el paciente tiene dificultades para comprender gran parte de las preguntas, puede resultar ventajoso dar por finalizada la entrevista. En este caso, es mucho mejor esperar unos días (1 ó más) hasta que el paciente se recupere de los efectos iniciales de confusión y desorientación producidos por el abuso reciente de alcohol / drogas que recoger respuestas confusas.

V. ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

ASPECTOS GENERALES DE LAS PUNTUACIONES DE GRAVEDAD: Se ha trabajado bastante con estas puntuaciones de gravedad porque han demostrado que son fiables, válidas y útiles desde un punto de vista clínico. Sin embargo, debería tenerse en cuenta que estas puntuaciones son sólo estimaciones de una situación problema, en un período específico de tiempo y que son susceptibles de cambiar cuando existan alteraciones del contexto inmediato de la vida del paciente. Más aún, estas puntuaciones no pueden sustituir a la información más detallada dada por el

paciente en cada área problema. Finalmente, como en último extremo sólo son valoraciones, se recomienda que no sean utilizadas como medida de resultados en la investigación o en estudios de evaluación de programas. Puntuaciones más objetivas, matemáticamente creadas han sido desarrolladas para cada área problema con fines de investigación (ver McGahan *et al.*, 1986).

Las puntuaciones de gravedad realizadas por el entrevistador en cada una de las áreas problema pueden ser clínicamente útiles. *Las puntuaciones en cada área problema están basadas exclusivamente en las respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas de esa área, y no en información extra obtenida fuera de la entrevista.* Por otra parte se reconoce que las opiniones del entrevistador, que a menudo son importantes, afectarán a las puntuaciones de gravedad al introducir una fuente de variación no sistemática, disminuyendo la utilidad global de la escala. Con objeto de reducir esa variación e incrementar la fiabilidad de las estimaciones, todos los entrevistadores deben desarrollar un método común y sistemático para la estimación de la gravedad de cada problema.

Hemos establecido un método en dos pasos para estimar la gravedad. En el primer paso, el entrevistador considera únicamente los datos objetivos del área problema prestando especial atención a los ítems críticos (ver Apéndice 2), los cuales han demostrado a lo largo de nuestra experiencia ser los más importantes para una estimación válida de la gravedad. Utilizando los datos "objetivos", el entrevistador realiza una puntuación preliminar de la gravedad del problema del paciente (necesidad de tratamiento) basada únicamente en estos datos objetivos. En el segundo paso, se consideran las puntuaciones de autoevaluación del paciente y en función de ellas el entrevistador puede modificar la puntuación preliminar. Sin embargo, si una información concreta y pertinente que no ha sido sistemáticamente recogida contribuye a la obtención de la puntuación de gravedad, esto debe ser anotado en la sección de "Comentarios". En el caso de que el paciente refiera que para él un pro-

blema concreto es especialmente grave y el tratamiento “extremadamente importante”; el entrevistador puede aumentar su puntuación final de gravedad. Del mismo modo, en aquellas situaciones en las que el paciente presente evidencias convincentes que disminuyan la aparente gravedad del problema, el entrevistador puede reducir la puntuación final.

Para el propósito de esta entrevista, la *gravedad* será definida como la necesidad de tratamiento cuando éste no exista, o como la implementación de un tipo de tratamiento *adicional* en caso de que el paciente esté recibiendo algún tipo de tratamiento en el momento actual. Estas puntuaciones deberían basarse en los relatos sobre cantidad, duración e intensidad de los síntomas en el área problema. A continuación se facilitan unas líneas generales para las puntuaciones:

- 1-1 NO EXISTE PROBLEMA REAL, EL TRATAMIENTO NO ESTÁ INDICADO
- 2-3 PROBLEMA LEVE, EL TRATAMIENTO PROBABLEMENTE NO ES NECESARIO
- 4-5 PROBLEMA MODERADO, ESTA INDICADO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO
- 6-7 PROBLEMA CONSIDERABLE, EL TRATAMIENTO ES NECESARIO
- 8-9 PROBLEMA EXTREMO, EL TRATAMIENTO ES ABSOLUTAMENTE NECESARIO

Es importante tener en cuenta que estas puntuaciones no intentan ser una estimación del beneficio potencial del tratamiento para el paciente, sino el grado con el que es necesario algún tipo de intervención efectiva, independientemente de que ese tratamiento está disponible o incluso exista. Por ejemplo, un paciente con cáncer terminal requeriría una puntuación de gravedad del estado de salud física de 9, indicando que el tratamiento es absolutamente necesario para su situación terminal. En este caso, debe registrarse una puntuación elevada, incluso aunque en el momento actual no esté disponible un tratamiento efectivo. A aquellos pacientes que presenten pocos síntomas problema o niveles controlados, debería asignárseles una puntuación baja de gravedad. A medida que la cantidad, duración y/o intensidad de los síntomas

aumente, la puntuación de gravedad debería hacer lo mismo. Las puntuaciones de gravedad muy elevadas deberían indicar niveles de síntomas problema peligrosamente altos (para el paciente u otros) y consecuentemente una elevada necesidad de tratamiento.

Pasos para la obtención de la puntuación de gravedad.

PASO 1:

Obtenga un rango de puntuaciones (2 ó 3 puntos) que describa mejor las necesidades de tratamiento del paciente en el momento actual, basándose exclusivamente en los datos “objetivos”.

1. Desarrolle un perfil de la condición del paciente basado en los ítems “objetivos” y en los ítems críticos (Apéndice 2).
2. Formule un rango aproximado.

PASO 2:

Elija un punto del rango obtenido anteriormente, basándose sólo en las puntuaciones de autoevaluación del paciente en ese área.

1. Si el paciente considera que el problema es importante y piensa que el tratamiento es importante, seleccione la puntuación más alta del rango.
2. Si el paciente considera que el problema es menos grave y considera la necesidad de tratamiento menos importante, entonces seleccione la puntuación media o baja.

A pesar de que se reconoce que el criterio para establecer el grado de gravedad varía de una situación a otra, hemos encontrado que los procedimientos deductivos arriba indicados generan una fiabilidad y validez estandarizadas. (Ver McLellan *et al.*, 1985).

Excepciones: En los casos en los que el paciente obviamente necesita tratamiento y no hace ninguna demanda, la puntuación del entrevistador debería reflejar la necesidad obvia de tratamiento. Por ejemplo, paciente que relata 30 días de discusiones familiares que en algunos casos conducen a abuso físico, y sin embargo refiere que no necesita consejo fami-

liar. En estos casos, la naturaleza *obvia* de esa necesidad debería ser enfatizada. Se deben evitar inferencias o interpretaciones clínicas en ausencia de información clara y ser cuidadosos a la hora de interpretar la negación de consumo de alcohol. Es necesario clarificar a través de pruebas u otras preguntas.

Si el paciente no ha reportado problemas recientes o actuales, pero refiere necesidad de tratamiento, clarificar la base de esta valoración. Por ejemplo, paciente que no refiere ningún uso de alcohol ni drogas en los últimos 30 días y que no ha experimentado ansia por las drogas, pero considera que el tratamiento del tipo reuniones de AA continuadas es extremadamente importante, se le adjudicaría una puntuación de 4. En este caso el paciente está recibiendo tratamiento adecuado sin necesitar ningún tratamiento nuevo, diferente o adicional.

IMPORTANTE: Utilizando el método anteriormente descrito, existe amplia evidencia de que las puntuaciones de gravedad pueden ser estimaciones fiables y válidas de la situación del paciente en cada área problema. Sin embargo, no recomendamos que las escalas de gravedad sean utilizadas como medida de resultados. Es importante recordar que estas evaluaciones son en último término subjetivas y que han demostrado ser útiles sólo bajo condiciones en las cuales todos los datos estaban disponibles y la entrevista era realizada personalmente. Estas condiciones no se dan siempre en la evaluación de seguimiento. Hemos creado puntuaciones compuestas de cada una de las áreas problema, constituidas por ítems objetivos matemáticamente contruidos para proporcionar mayor fiabilidad a las estimaciones sobre el estado del paciente en el seguimiento¹. Hemos usado las estimaciones de gravedad clínica como predictores de respuesta, pero hemos usado también las estimaciones compuestas como medida de evolución. Ver McGahan y cols., 1986; Puntuaciones Compuestas del Índice de Gravedad de la Adicción para la descripción de estas medidas y su uso general.

VI. PUNTUACIONES DE VALIDEZ

Los 2 últimos ítems de cada área están destinados a valorar la validez de la información, tal como se muestra a continuación:

¿La información anterior está significativamente distorsionada por:

Imagen distorsionada del paciente?

0 - No; 1 - Sí

Incapacidad para comprender del paciente?

0 - No; 1 - Sí

Cuando la respuesta sea codificada como "Sí", el entrevistador debería anotar una breve explicación dentro del área "Comentarios".

El juicio del entrevistador es importante para decidir la validez de las manifestaciones del paciente y su habilidad para comprender la naturaleza y la intención de la entrevista. Esto no significa simplemente una impresión del entrevistador, sino que esta determinación debería basarse en las respuestas del paciente después de comprobar y preguntar cuando haya informaciones contradictorias. Los ejemplos más claros se dan cuando existen discrepancias que el paciente no puede justificar (niega ingresos económicos pero refiere haber gastado 600 € en drogas). En estos casos, el entrevistador debería indicar una falta de validez de la información. Es menos claro cuando la conducta del paciente sugiere que no está respondiendo de una forma válida, y en situaciones en las cuales el paciente evita el contacto visual o niega rápida y despreocupadamente todos los problemas. Esto no debería ser sobreinterpretado puesto que estas conductas podrían deberse a la incomodidad de la situación o a la ansiedad. Es importante para el entrevistador asegurar el nivel de validez.

NOTA: Es responsabilidad del entrevistador evaluar la consistencia de la información que haya manifestado el paciente a lo largo de la entrevista. No es deseable que simplemente se registre la información tal como la refiere el paciente. Cuando exista inconsistencia (por ej., no refiere ingresos económicos pero declara gastar 600 €/día en drogas) el entrevistador deberá intentar recoger más información (profundizando en la veracidad de la información) e intentar ajustar las manifestaciones discrepantes. Cuando

¹ Las puntuaciones compuestas del EuropASI han de ser desarrolladas en el futuro.

no sea posible la información no debería registrarse con una X, sino que se añadiría una nota para excluir esta información.

VII. SITUACIONES DIFÍCILES O INAPROPIADAS

1. Previo al Encarcelamiento u Hospitalización.

Varios ítems del EuropASI requieren valoración de los 30 días previos o del último año. En situaciones en las cuales el paciente ha estado encarcelado o tratado en contexto hospitalario es difícil obtener un perfil representativo del paciente. Es decir, no resulta representativo de su patrón general de conducta. Sin embargo, ha sido nuestra norma disminuir el período de tiempo de evaluación para estos ítems a los 30 días previos a la entrevista, independientemente del status del paciente durante ese tiempo. Este procedimiento representa verdaderamente al paciente en el momento del tratamiento o seguimiento.

Incluso siguiendo esta regla general existen algunos ítems que son particularmente difíciles de contestar en aquellos pacientes que han sido encarcelados o han permanecido en ambientes controlados. Quizás el ejemplo más común se encuentra en el área de Empleo / Recursos. En esta área, hemos definido como “días problema” únicamente aquellos en los que el paciente ha intentado verdaderamente buscar trabajo o cuando tuvo problemas en el trabajo. Si el paciente no ha tenido la *oportunidad* de trabajar entonces, por definición, no ha podido tener problemas de trabajo. En estas situaciones en las que no es aplicable la definición de “día problema”, la respuesta adecuado en una “N” y las respuestas del paciente a los siguientes ítems deberían ser también “N” ya que hacen referencia a los días problema.

2. Imagen Distorsionada del Paciente. Hemos encontrado que algunos pacientes pretenderán presentar una imagen particular al entrevistador. Generalmente esto se manifiesta en respuestas inapropiadas o inconsistentes que llegan a ser evidentes duran-

te el curso de la entrevista. Cuando este tipo de respuestas se hacen evidentes, el entrevistador debería intentar asegurar la veracidad de los datos del paciente recordando la intención de la entrevista, buscando nuevas respuestas y clarificando las respuestas previas de dudosa veracidad. Si la naturaleza de las respuestas no mejora, el entrevistador podría eliminar todos los datos que considere escasamente fiables, y poner la “X” en el sitio idóneo y registrarlo en el apartado correspondiente. En caso extremo la entrevista podría suspenderse.

3. Incapacidad para Comprender del Paciente.

El entrevistador puede encontrar pacientes simplemente incapaces de comprender los aspectos básicos de la entrevista o de concentrarse sobre cuestiones específicas por los efectos de la abstinencia de alcohol y drogas o debido a situaciones emocionales extremas. Cuando estas situaciones sean evidentes, la entrevista debería suspenderse y reiniciarse en otra sesión.

VIII. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

La entrevista de seguimiento ha de ser llevada a cabo siempre después de un mes de la primera evaluación, puesto que en ella se evalúan los últimos 30 días. La entrevista puede realizarse válida y fiablemente por teléfono, siempre que el paciente se sienta más libre y conteste honestamente y el entrevistador haya introducido y dado las instrucciones apropiadas, enfatizando en la confidencialidad de la información (McKellan y cols., 80, 85). Solamente las preguntas señaladas en el Apéndice 7 (Instrucciones para la Entrevista de Seguimiento del EuropASI) deberían ser formuladas en el seguimiento dado que estos ítems pueden reflejar situaciones de cambio del paciente (ver Apéndice 7 para más instrucciones).

Instrucciones específicas

NOTA: Es importante distinguir entre los ítems que no son aplicables al paciente (deben ser codificados con “N”) y los que el paciente no puede comprender o no responde

(codificados con una "X"). No deben dejarse ítems sin codificar.

NOTA: Debe asegurarse la cumplimentación de todos los ítems en las entrevistas EuropASI de seguimiento, utilizando los procedimientos marcados en la sección VII de las instrucciones generales ("Entrevista de seguimiento"), el apéndice 7 y la publicación especial acerca de los procedimientos de seguimiento (Ver: Erdlen et al, 1987: Haciendo Seguimientos con el ASI).

NOTA: Los ítems marcados con "I I" son opcionales.

Títulos e instrucciones

Las instrucciones generales de cumplimentación se encuentran en la parte superior de la página 1. También se incluye una breve descripción de las puntuaciones de gravedad y un sumario de la Escala de Autoevaluación del Paciente.

Columna izquierda

Esta serie de ítems están diseñados para aportar información administrativa. Si se desea modificar esta sección para adaptarla a las características locales de recogida de información en aspectos como la cobertura de los seguros, códigos particulares de programa, mecanismos de derivación, asignación de responsables de los casos, etc., puede hacerse, pudiendo utilizar una hoja completamente nueva. Deben hacerse todos los cambios o aportaciones que sean necesarios para reflejar las necesidades administrativas de su institución (servicio).

A. NÚMERO-ID. Específico del lugar.

B. TIPO DE TRATAMIENTO. Especificar el contexto en el que es entrevistado el sujeto, eligiendo entre los siguientes:

- SIN TRATAMIENTO. El entrevistado no está incluido en un programa de tratamiento.
- DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA. La desintoxicación debe ser realizada bajo la supervisión de un profesional con el objeto de alcanzar una situación de abstinencia total para las sustancias de abuso. La desintoxicación puede ser bien sin medicación, bien utilizando tratamientos

sintomáticos (clonidina, benzodiacepinas, antiinflamatorios no esteroideos, AINES, etc.) o con tratamientos cortos (generalmente menos de seis semanas) de agonistas (metadona o buprenorfina para opiáceos; 4-OH butirato para el alcohol, etc.) en dosis progresivamente decrecientes.

- DESINTOXICACIÓN RESIDENCIAL. Existe restricción de movimientos; el paciente está ingresado en una institución específica para la desintoxicación del abuso de sustancias (no hospitales, ver más abajo).
- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO AMBULATORIO. El tratamiento sustitutivo implica tratamiento a largo plazo con agonistas (LAAM, metadona o buprenorfina para opiáceos; 4-OH butirato para el alcohol, etc.) por un período superior a seis semanas. Puede incluirse algún tipo de intervención psicosocial (excepto programas estructurados de hospital de día) pero esto no es requisito indispensable.
- TRATAMIENTO "LIBRE DE DROGAS" AMBULATORIO. El concepto de libre de drogas se refiere sólo a las sustancias de abuso (alcohol, drogas ilegales o prescritas) y drogas de sustitución (agonistas). El paciente puede recibir medicación antagonista (por ej., naltrexona para opiáceos), aversiva (por ej., disulfiram para el alcohol), o fármacos psicotrópicos para trastornos mentales concurrentes (ver sección "Estado psiquiátrico" del EuropASI). Las psicoterapias son el tipo de intervención más frecuente en este grupo. Los tratamientos ambulatorios de salud mental también son incluidos en este grupo.
- TRATAMIENTO "LIBRE DE DROGAS" RESIDENCIAL. El tipo de intervención más representativa de este grupo son las comunidades terapéuticas para el tratamiento del abuso/dependencia de sustancias puro o comórbido.
- CENTRO DE DÍA. Programa estructurado en el que el paciente se integra durante algunas horas al día, algunos días de la

semana. Puede incluir algún tipo de intervención farmacológica integrada.

- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO/SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL. Incluye hospitales públicos y privados. La hospitalización psiquiátrica puede estar implicada en el tratamiento de adictos con trastornos mentales comórbidos, en trastornos comportamentales derivados de intoxicación o, algunas veces en la desintoxicación.
 - OTRO HOSPITAL/SERVICIO. Otros servicios del hospital pueden estar implicados en el tratamiento de las enfermedades concomitantes de los adictos y, algunas veces, en la desintoxicación.
 - OTRO. Incluye los servicios de tratamiento de alcohol y drogas con un mecanismo de admisión centralizado, en el cual todavía no se sabe en qué modalidad de tratamiento será incluido el paciente.
- C. FECHA DE ADMISIÓN. Codificar el día (dos dígitos), después el mes (dos dígitos) y, finalmente el año (dos dígitos). Por ejemplo 6 de abril de 1992 sería codificado como 060492.
- D. FECHA DE ENTREVISTA. Ver “Fecha de admisión”.
- E. I I HORA DE INICIO. Primero codificar las horas (dos dígitos utilizando las 24 horas del día) y después los minutos (dos dígitos). Por ejemplo, las seis y cinco de la tarde sería codificado como 1805.
- F. I I HORA DE FINALIZACIÓN. Ver “Hora de inicio”.
- G. TIPO. En el caso de que haya más de una evaluación de seguimiento, la primera será codificada como “2”; la segunda evaluación de seguimiento como “3” y así sucesivamente.
- H. CÓDIGO DE CONTACTO. Autoexplicativo.
- I. SEXO. Como es visto por el entrevistador.
- J. NÚMERO DE CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR. Específico de cada lugar.
- K. ESPECIAL. Autoexplicativo.

Columna central

Estas cuestiones son generalmente de naturaleza demográfica y requieren poca clarificación.

1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL. Debe especificarse dónde vive actualmente el entrevistado, no el lugar donde está empadronado como residente.
 2. CUIDAD/CÓDIGO POSTAL. De nuevo codificar el sitio donde vive actualmente el entrevistado.
 3. TIEMPO VIVIENDO EN ESA DIRECCIÓN. Autoexplicativo.
 4. PROPIETARIO DE LA RESIDENCIA. Autoexplicativo.
 5. EDAD. Registrar la edad que tiene el paciente.
 6. NACIONALIDAD. Se refiere a la ciudadanía no a la raza.
 - 7 A+B+C. PAÍS DE NACIMIENTO DEL PADRE, MADRE Y PACIENTE. Utilizar los códigos de países de la OMS, Apéndice 8.
 8. AMBIENTE CONTROLADO. Un ambiente controlado se refiere a una situación vital en la cual el sujeto tenía restringida la libertad de movimiento o su acceso a alcohol y drogas. Esto significa generalmente una situación residencial en un lugar o institución terapéutica o penal. Las “instituciones a medio camino” generalmente no son un ambiente controlado. Si el sujeto estuvo en dos o más tipos de “ambientes controlados”, codificar aquel en el que pasó más tiempo. En estos casos, el tiempo pasado en un ambiente controlado (ítem 9) debe reflejar el tiempo total en todos los sitios en los que haya estado. Si la respuesta al ítem 8 es “No” (“1”), debe codificarse “N” en el ítem 9.
- NOTA: En algunos países (por ej., en Italia) los pacientes en modalidad de “Centro de día” pueden considerarse bajo un ambiente controlado si sus familias son capaces de proporcionar control ininterrumpido durante la noche.
9. DÍAS. Ver instrucciones específicas para el ítem 8.

Columna derecha

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ADICIONALES. En este espacio se registran los resultados obtenidos en los tests de evaluación psicométrica complementarios que se hayan podido utilizar. Los tests a utilizar serán elección de los distintos lugares de trabajo.

PERFIL DE GRAVEDAD. Se suministra una tabla-rejilla que, una vez completada, proporciona el sumario del perfil de gravedad en las distintas áreas problema del paciente. Una vez completada la entrevista, el entrevistador establecerá y registrará las puntuaciones pertinentes en la tabla-rejilla.

Salud física

1. **HOSPITALIZACIONES.** Codificar el número de noches de hospitalización por problemas de salud física. Incluir hospitalizaciones debidas a sobredosis (SD) y *delirium tremens* (DT), excluir desintoxicaciones o cualquier otra forma de tratamiento para el alcohol, drogas o problemas psiquiátricos. Partos normales no cuentan, ya que no son un problema de salud física resultante de enfermedad o lesión. Sin embargo, complicaciones resultantes del parto deben ser tenidas en cuenta y deben documentarse en la sección de "Comentarios".
2. **ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN.** Número de años y meses desde que el paciente fue hospitalizado por última vez por un problema de salud física. Si nunca lo ha sido se codificará "N" para los años y "N" para los meses.
NOTA: Si el paciente ha estado hospitalizado hace menos de un mes, codificar "01" meses.
3. **PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA CRÓNICOS.** Una enfermedad crónica es una situación médica o física grave o potencialmente grave que requiere cuidado continuo o regular por parte del paciente (medicación, restricciones dietéticas, incapacidad para tomar parte o desarrollar actividades normales). Algunos ejemplos de condiciones crónicas son: hipertensión,

diabetes, epilepsia, y discapacidades. En casos extremos también podrían entrar en esta categoría los problemas menstruales crónicos, siempre que interfieran con la vida cotidiana o solamente puedan manejarse a través del tratamiento médico regular. Codificar "Sí" si el paciente tiene un problema de salud física crónico que, de forma continua, impide que desarrolle de forma completa sus actividades.

Si un paciente considera que su necesidad de usar gafas para leer o la presencia de alergias leves son un problema crónico es que está malinterpretando la pregunta.

Si el paciente refiere un problema crónico válido, se debe comentar la naturaleza del problema en el espacio correspondiente.

PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA CRÓNICOS COMUNES EN PERSONAS DEPENDIENTES DE ALCOHOL. Gastrointestinal (sangrado esofágico o varices, úlceras, gastritis, pancreatitis), hígado (hígado graso, hepatitis, cirrosis), otros (hipertensión, diabetes, convulsiones –pueden o no ser parte de un síndrome de abstinencia).

PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA CRÓNICOS COMUNES EN DROGODEPENDIENTES. Hepatitis, hipertensión, abscesos (brazos, piernas), edema pulmonar, problemas cardíacos. Los problemas relacionados con el SIDA pueden ser variados, pero los más frecuentes son candidiasis orofaríngea, infecciones raras y problemas pulmonares. El ser portador asintomático de VIH no debe considerarse un problema de salud física crónico.

4. **HEPATITIS.** La finalidad de esta pregunta es identificar infecciones relacionadas con conductas de riesgo (sexo sin precauciones, compartir jeringuillas, etc.). De esta forma sólo deben considerarse la hepatitis B, C y el virus delta (ya que la hepatitis por virus A es una infección de contagio feco-oral). Sin embargo, si el paciente no es capaz de especificar la serología exacta, pero sabe que padeció una hepatitis, se codificará "Sí". Las hepatitis tóxicas se excluyen.

NOTA: Con el fin de evitar respuestas inválidas, no se debe presionar a los pacientes reacios a dar información acerca de infecciones víricas (en particular con respecto al VIH). Por esto, para los ítems 4, 5 y 7 se ha adoptado un sistema de codificación diferente:

0 = No/Negativo.

1 = Sí/Positivo.

2 = No lo sé.

3 = Rehúsa contestar.

5-7. VIH

8. **MEDICACIÓN PRESCRITA.** El propósito de esta cuestión es validar la gravedad del trastorno por la decisión independiente del médico de prescribir un tratamiento. Por esto, si un médico prescribió una medicación para un problema de salud física (no psiquiátrico ni abuso de sustancias), debería ser codificado, independientemente de si el paciente está tomando la medicación en el momento actual.

Si el paciente está tomando medicación, ésta debe haber sido prescrita por un médico.

Una medicación prescrita para ser tomada solamente por períodos cortos de tiempo o para problemas limitados temporalmente (catarro, desintoxicación) no debe ser considerada. Debe considerarse solamente la necesidad continua de medicación (hipertensión, epilepsia, diabetes, etc.)

No debe incluirse la medicación para trastornos mentales, ya que se contempla más adelante.

El tratamiento de los problemas del sueño suele ser temporal y, generalmente, se incluye en la sección de "Salud mental".

9. **PENSIÓN.** El beneficio debe ser por una incapacidad por enfermedad física (no mental).
10. **TRATAMIENTOS MÉDICOS.** El objetivo de esta cuestión es evaluar la implicación del paciente acerca de sus problemas de salud física, no simplemente la gravedad de éstos. Así, debe considerarse cualquier visita al médico de Atención Primaria, especialista o consulta externa hospitalaria.

Incluir solamente tratamiento por problemas de salud física. Problemas limitados en el tiempo o menos serios (catarro o gripe) también deben ser considerados. Sin embargo, deben excluirse los casos en los que el paciente acude para solicitar un certificado o una prescripción con fines meramente administrativos. También deben excluirse los problemas de salud mental y los problemas de salud física que son resultado directo del uso de alcohol y drogas (resaca, vómitos, insomnio, síntomas de abstinencia, etc.) y que desaparecerían si el paciente se mantuviera abstinentes.

11. **DÍAS QUE EXPERIMENTA PROBLEMAS.** Preguntar al paciente durante cuantos días ha experimentado problemas de salud física en el último mes. No incluir problemas causados directamente sólo por el alcohol o las drogas tales como resaca, vómitos, insomnio, etc., que desaparecerían si el paciente se mantuviera abstinentes. Sin embargo, si el paciente ha desarrollado un problema físico continuo derivado del abuso de drogas y que no podría ser eliminado simplemente por la abstinencia, deben incluirse los días en los que ha experimentado dicho problema (cirrosis, flebitis, pancreatitis, etc.).

Deben incluirse los achaques del tipo catarro o gripe, aunque éstos justificarían una puntuación de gravedad baja.

- 12-13. **AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE.** Asegúrese de que el paciente limita su respuesta a aquellos problemas incluidos en el ítem 11. Si en el ítem 11 no se mencionaron problemas de salud física realizar una nueva pregunta confirmatoria y codificar "Nada/Ninguna" = "0".

Para el ítem 13, debe enfatizarse que nos referimos a tratamiento médico adicional para los problemas especificados en el ítem 11. Si existen problemas de salud física tratados adecuadamente, realizar una pregunta confirmatoria y codificar una puntuación baja ("Ninguna").

14. **EVALUACIÓN DE GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR.** En muchos casos los pacientes padecen trastornos que pue-

den ser controlados, pero, al menos por ahora, no pueden ser curados (diabetes, hipertensión, epilepsia, patologías relacionadas con el SIDA, etc.). Si el paciente recibe cuidados apropiados para su trastorno (medicación, dieta adecuada, etc.) y está bajo control, podría ser que no fuera necesario ninguna otra forma o tipo de tratamiento más allá del que está recibiendo y la evaluación de la gravedad hecha por el paciente puede ser baja ya que probablemente no es necesario ningún tratamiento adicional.

Si el trastorno es serio y problemático se evaluará como grave incluso si no hay actualmente ningún tratamiento efectivo para el mismo. Sin embargo, si debido a la atención médica que está recibiendo el paciente, el trastorno está en una situación controlada y no problemática (ejemplo: en el caso de la diabetes, un buen control con insulina) no se evaluará como grave, aunque el trastorno sea serio.

EMPLEO / RECURSOS

1. AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA. Codificar el número de años de educación formal completados. Los años interrumpidos o repetidos no deben ser contabilizados. Como educación formal se entienden los siguientes tipos de educación:

EGB: 8 años, BUP: 3 años, FP: 2-3 años.

Primaria: 6 años, ESO: 4 años, Bachiller: 2 años

La educación por correspondencia no debe ser considerada aquí.

2. AÑOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR. Codificar el número de años de educación universitaria completados.
3. TÍTULO ACADÉMICO OBTENIDO. 0= Sin estudios, 1= Primaria, 2= Secundaria/FP, 3= Universitarios, Grado, 4= Universitarios, Licenciatura, 5= Universitarios, Doctor
4. CARNET DE CONDUCIR EN VIGOR: Cualquier permiso de conducir que no haya caducado o haya sido suspendido. Este ítem es simplemente un indicador de la capaci-

dad de trabajar en un empleo en el que se necesite conducir o, al menos, conseguir trabajo en lugares donde no pueda desplazarse en transporte público.

5. PERÍODO MÁS LARGO DE EMPLEO. Debe hacerse hincapié en el hecho de que estamos interesados en el período más largo e ininterrumpido en el que ha estado empleado. No es necesario que haya sido para el mismo patrón. El empleo a tiempo parcial sólo será incluido cuando suponga más de dos días y medio (20 horas) de trabajo a la semana. Deben ser codificados tanto los trabajos remunerados (incluso aquellos en los que se cobra "dinero negro") como los voluntarios no remunerados.

Los trapicheos, la prostitución o el robo no son considerados como empleo regular.

Finalmente y, a pesar de su valor, el trabajo de ama de casa no se considera trabajo regular.

6. PERÍODO MÁS LARGO DE DESEMPLEO. Enfatizar el hecho de que estamos interesados en el período más largo en el que el paciente ha estado en "desempleado" de forma ininterrumpida. Esto incluye períodos en los cuales no haya estado registrado legalmente como trabajador, no haya trabajado en "empleos sumergidos", no haya estado empleado en trabajos voluntarios no remunerados, o no haya estado matriculado en centros educativos.

Si el paciente está empleado a tiempo parcial por menos de dos días y medio (20 horas) semanales esto se registrará como desempleo. De la misma forma los trapicheos, prostitución, robos, etc. deben ser registrados como desempleo, lo mismo que el trabajo de "ama de casa". Finalmente, si el paciente nunca ha trabajado, deben contarse los años de desempleo desde el final del último año de educación formal (o desde los 15 años de edad si el paciente abandonó antes la educación formal).

7. PROFESIÓN. Codificar la categoría profesional adecuada (ver Apéndice 4). Debe especificarse dentro de las clases generales de trabajos. Si el paciente ha estado

trabajando recientemente en una actividad diferente, registrar su ocupación habitual. Si el paciente no tiene ocupación regular, registrar el trabajo más reciente. Codificar como "N" solamente cuando el paciente nunca haya trabajado.

8. **PATRÓN DE EMPLEO USUAL.** El entrevistador debe determinar qué elección es la más representativa de los últimos tres años, no simplemente la más reciente. Trabajo a tiempo completo (incluyendo el "empleo sumergido") y trabajo por más de "xx" horas semanales (*específico de cada país*) se considera trabajo regular.

Trabajo a tiempo parcial (horario regular) es un trabajo continuado en el cual el paciente tiene un horario de menos de 20 horas semanales con un horario regular. Trabajo a tiempo parcial (horario irregular) se refiere a empleos en los cuales el sujeto trabaja un cierto número de horas sin un horario estable.

Cuando hay tiempos iguales en más de una categoría, se debería codificar aquella que represente mejor la situación actual.

9. **DÍAS TRABAJADOS.** Registrar el número de días trabajados en el último mes por el entrevistado sin considerar si han sido remunerados (incluir los trabajos voluntarios –no remunerados y el "empleo sumergido"). Los días de baja laboral y las vacaciones deben ser incluidos.

No se registra el trabajo de "ama de casa" y aquellos realizados en prisión, comunidades terapéuticas u hospitales aunque hayan sido remunerados. Los trapicheos, prostitución, robos, etc. también se excluyen.

- 10-16. **FUENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS.** Si el paciente es reacio a contestar esta sección, recordarle que la información es confidencial.

EMPLEO. Incluye tanto los remunerados de forma legal como los "sumergidos"

PARO. Referido por el paciente.

AYUDA SOCIAL. Referido por el paciente.

PENSIÓN, SUBSIDIOS O SEGURIDAD SOCIAL. Esto incluye subsidios por incapacidad o pensiones de jubilación, etc.

CÓNYUGE, FAMILIA O AMIGOS. El propósito de esta cuestión es determinar si el paciente ha tenido dinero adicional para "sus gastos" durante los últimos 30 días, y no si ha recibido ayuda en términos de comida, ropa o alojamiento. Debe registrarse solamente el dinero recibido del cónyuge, la familia o los amigos. Sólo se considerará el dinero en efectivo recibido por el entrevistado y no el valor estimado de comida o alojamiento. No se registrará el salario de un esposo en este ítem, simplemente se registrará si el dinero fue entregado al sujeto para gastar. También se incluyen aquí ingresos inesperados procedentes del juego, préstamos, herencias, devolución de impuestos, etc., o de alguna otra fuente de ingresos irregular.

ILEGAL. Esto incluye cualquier dinero obtenido ilegalmente debido a venta de drogas, estafas, robo de cosas o dinero, juego ilegal, etc.

PROSTITUCIÓN. Referido por el paciente.

NOTAS. Si el paciente ha recibido droga a cambios de actividades ilegales o prostitución no debe considerarse el valor correspondiente en dinero. Simplemente anotarlo en la sección de "Comentarios" de este apartado y en la sección de "Situación Legal". De nuevo el objetivo es evaluar el dinero de que dispone el paciente no realizar una estimación de sus ingresos.

18. **PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.** Fuente principal de dinero recibido durante los últimos 30 días.

19. **DEUDAS.** Registrar la cantidad que debe el paciente.

Se deben incluir deudas tanto a individuos como a instituciones (bancos, impuestos, hacienda, matrículas, etc.). No se incluyen hipotecas. Si el entrevistado dirige una empresa no deben incluirse las responsabilidades financieras de la misma, a menos que el dinero haya sido sustraído para propósitos privados.

Codificar "X" si el paciente no puede hacer una determinación razonable.

20. **PERSONAS DEPENDIENTES.** Hacer hincapié en que estas personas deben depender económicamente de él/ella regularmente. No se refiere a personas a las

que el entrevistado haya dado dinero ocasionalmente. No incluir al propio entrevistado o al esposo/a.

No incluir a personas que el entrevistado tenga contratadas (oficialmente o de otra forma) y les pague un salario.

Incluir personas que dependen económicamente del paciente, pero que por circunstancias excepcionales no han recibido el apoyo económico recientemente. Las retribuciones realizadas para manutención o educación de niños están incluidas como indicadores de personas con dependencia económica del entrevistado.

21. EMPLEO/DESEMPLEO, PROBLEMAS EN EL ÚLTIMO MES. Incluye incapacidad para encontrar trabajo o problemas surgidos en el trabajo actual (solamente si el paciente ha hecho intentos de encontrar trabajo o si el actual está en peligro, es insatisfactorio, etc.). No se incluyen los problemas de empleo/desempleo relacionados directamente con el alcohol o las drogas (síntomas de intoxicación o abstinencia).

NOTA: Es importante distinguir si el problema es simplemente de relación interpersonal (no poder soportar a otros miembros del equipo de trabajo), o si los problemas son enteramente debido al uso de alcohol o drogas. En los casos anteriores los problemas no se incluirían en esta sección sino en la sección "Relaciones familiares / Sociales" o en la sección de "Drogas / Alcohol".

No se incluirán la sensación de malas perspectivas de empleo o el deseo de "ganar dinero" o cambiar de trabajo, a menos que el entrevistado haya hecho intentos activos encaminados al cambio sin éxito.

En el caso de que el entrevistado no haya tenido oportunidad de trabajar debido a ingreso en prisión o en otro centro residencial controlado, no es posible, por definición, que le hayan surgido problemas de empleo.

- 22 & 23. AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE. Las autoevaluaciones se refieren a los problemas identificados en el ítem 21. Si en el ítem 21 no han sido mencionados problemas de empleo/desempleo, realizar una pregunta confirmatoria y codificar "Nada" = "0" en el ítem 22.

En el ítem 23 recalcar que nos referimos a buscar ayuda o preparar para un trabajo, no dar un trabajo. También enfatizar en que se quiere decir asistencia/ayuda laboral adicional para aquellos problemas especificados en el ítem 21. Si se encuentran problemas de empleo/desempleo que han sido manejados adecuadamente, realizar una pregunta confirmatoria y codificar una puntuación baja ("Ninguna").

Drogas / alcohol

- 1-13. EDAD DE INICIO. Se refiere a la edad en que el entrevistado comenzó a utilizar la sustancia:

- A) Al menos tres días por semana (independientemente de la dosis); o
- B) Consumos esporádicos de dosis importantes ("binges") al menos dos días consecutivos por semana hasta el punto de comprometer las actividades cotidianas normales como el trabajo, la vida familiar, actividades de ocio, conducir un coche, etc.

NOTA: El "consumo esporádico de dosis importantes" ("binge use") está restringido principalmente a la cocaína, alcohol y alguna otra droga (por ej. anfetaminas).

El criterio debe explicitarse para cada sustancia, hasta que quede claro que el entrevistado lo comprende correctamente. Por ejemplo: "¿A qué edad comenzó usted a utilizar heroína tres o más días por semana?, o ¿A qué edad comenzó usted a usar cocaína tres o más días por semana, o en dosis importantes al menos dos días consecutivos?"

Si el paciente nunca ha consumido una sustancia en la forma definida previamente, codificar "N" para dicha sustancia. Sin embargo, si hay un uso de cualquier sustancia "menor" de lo definido antes esto debería hacerse constar en la sección de "Comentarios", sin incluirlo en los ítems 1-13.

Ver también las instrucciones específicas para "Alcohol, por encima del umbral", ítem 2, y "Más de 1 sustancia", ítem 13.

CONSUMO A LO LARGO DE LA VIDA. Esta cuestión se pregunta con el fin de determinar períodos extensos de consumo, definido como “tres o más días por semana”, o “dos días consecutivos de consumo de dosis importantes”.

El periodo duración del consumo de sustancias puede ser redondeado a años sin que exista pérdida de información. Así, consumo de seis meses o más, como quedó definido previamente, será considerado como un año; consumo de menos de seis meses debe registrarse en la sección de “Comentarios”, sin considerarlo un año. Si el paciente fue consumidor de una sustancia durante diferentes períodos de varios años, separados por períodos de abstinencia de la citada sustancia, se sumará la duración de los diferentes períodos y el resultado se redondeará a años.

Si el paciente nunca consumió una sustancia como se ha venido definiendo, o lo hizo durante un período menor de seis meses, codificar “00” para esa sustancia. Sin embargo, si ha habido un consumo de una sustancia “menor” de lo definido o si se ha consumido según lo definido previamente pero por un período menor de seis meses, debería anotarse en la sección de “Comentarios”, pero no incluirse en los ítems 1-13.

Ver también las instrucciones específicas para “Alcohol, por encima del umbral”, ítem 2, y “Más de 1 sustancia”, ítem 13.

ÚLTIMO MES. Debe contarse cada día que el paciente consumió alcohol o drogas (de acuerdo a la descripción). Si no ha habido consumo se codifica “00”.

Ver también las instrucciones específicas para “Alcohol, por encima del umbral”, ítem 2, y “Más de 1 sustancia”, ítem 13.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN. Debe registrarse la vía de administración más reciente. En los casos en los que se utilice dos o más vías de forma rutinaria se registrará la más grave.

Los códigos de la vía de administración aparecen debajo de la tabla de uso de dro-

gas (numerados en orden de gravedad de menor a mayor) como sigue:

- 1 = oral;
- 2 = nasal (esnifada);
- 3 = inhalatoria (fumada);
- 4 = inyección no iv;
- 5 = inyección iv.

- 1-13. SUSTANCIAS. Asegurarse de ayudar al paciente con ejemplos, utilizando los nombres comerciales, comunes y la jerga utilizada para designar las diferentes categorías. (Apéndice 5, “Lista de Sustancias de Uso Común”).

NOTA: Es importante realizar una historia de abuso que abarque todas las sustancias independientemente del problema actual (por ej.: un alcohólico puede estar combinando drogas con la bebida; un cocaínómano puede no darse cuenta de su problema con el alcohol).

La medicación prescrita debe incluirse en la categoría genérica apropiada. El LAAM debe codificarse en “Metadona”. Los antagonistas y los aversivos (Naltrexona, Disulfiram) no se codifican en la sección de historia de abuso de sustancias, pero deben ser registrados en la sección de “Comentarios”.

Ir al Apéndice 5 para encontrar una lista de sustancias químicas de uso común ordenadas por categorías EuropASI. Si el paciente refiere uso regular reciente o pasado de una sustancia que no esté en la lista, ésta se registrará y especificará en el epígrafe “otros”.

- 1 & 2. ALCOHOL CUALQUIER DOSIS Y ALCOHOL POR ENCIMA DEL UMBRAL. Ya que las bebidas alcohólicas están sujetas a una situación no adictiva y socialmente aceptada, la información acerca del consumo de alcohol ha sido diferenciada en dos niveles.

- 1. “ALCOHOL - cualquier dosis” se refiere al consumo de alcohol al menos tres días por semana, en cualquier cantidad incluyendo el consumo de alcohol por encima del umbral como se codifica en el ítem 2, A y B;
- 2. “ALCOHOL – por encima del umbral” se refiere al consumo de alcohol por encima del siguiente umbral:

- A) Consumo de cinco o más “bebidas” alcohólicas al día, al menos tres días por semana (una “bebida” es la cantidad de bebida alcohólica contenida en el vaso apropiado para cada una: por ejemplo, alrededor de 5 cl para los destilados, 15-20 cl para el vino, 33 cl para la cerveza, etc.); o
- B) Consumo de alcohol hasta el “punto de intoxicación” al menos dos días consecutivos por semana (aparición de síntomas psíquicos o somáticos y/o compromiso de las actividades cotidianas normales tales como el trabajo, la escuela, la vida familiar, actividades de ocio, conducción de vehículos, etc.)
6. **DEPRESORES.** Esta clase incluye las benzodiazepinas, barbitúricos y otros sedantes (ver Apéndice 5). El uso (como se ha descrito previamente) debe ser registrado aquí independientemente de si la sustancia fue prescrita por un médico o no. Sin embargo, en la sección de “Comentarios” debe anotarse la cualificación de la prescripción.
7. **COCAÍNA.** La cocaína es consumida en muchas formas que a menudo tienen diferentes nombres. “Crack” o “rock” es la forma “freebase” o “base” (inhalable) de la cocaína. Todas las diferentes formas de la cocaína deberían ser categorizadas dentro del epígrafe cocaína, codificando la vía de administración (inhalada en este caso). Todas las formas de la cocaína (por ej.: cocaína cristal – esnifada–, cocaína “base” –fumada–, cocaína cristal –inyectada) se incluyen en la categoría “cocaína.” Si se utiliza más de una vía de administración, se codifica la más grave (las vías de administración están numeradas en orden de gravedad de menor a mayor).
8. **ESTIMULANTES.** Esta clase incluye anfetaminas, “fármacos anorexígenos” y otras sustancias químicas relacionadas (ver Apéndice 5).
12. **OTROS.** No incluye el tabaco.
13. **MÁS DE 1 SUSTANCIA.** En “Edad de inicio” preguntar al paciente a qué edad comenzó a consumir más de una sustancia (categorías EuropASI), excluyendo el consumo de alcohol por debajo del umbral.
- En “Consumo a lo largo de la vida” preguntar al paciente cuánto tiempo estuvo consumiendo más de una sustancia (categorías EuropASI), excluyendo el consumo de alcohol por debajo el umbral.
- En “Último mes” preguntar al paciente cuantos días ha consumido más de una sustancia (categorías EuropASI), excluyendo el consumo de alcohol por debajo del umbral.
14. **INYECCIÓN.** La finalidad de esta cuestión es identificar la utilización de la vía intravenosa para la autoadministración de la sustancia, ya que esto implica mayor intensidad del consumo de la droga y del riesgo de problemas relacionados con el abuso de sustancias. El umbral para codificar esta información conductual se ha situado en el nivel más bajo posible, es decir, una vez.
- La edad de la primera inyección se codificará como la edad en que el entrevistado se inyectó por primera vez, independientemente de que la conducta de inyectarse se haya desarrollado de forma prolongada.
- 14A. “Inyectarse a lo largo de la vida”: incluso una sola inyección durante un año concreto hace que ese año sea contabilizado. De la misma forma, una inyección en un mes hace que contabilicemos tal mes para el número de meses en los que se inyectó en el último semestre, y una inyección en un día hace que el día cuente para el cómputo del número de días en los que se inyectó en el último mes.
- 14B. “Inyectarse en los últimos 6 meses”: compartir se define como utilizar una aguja y jeringa que ya ha sido utilizada por otra persona, y no como dar a otro el propio material ya usado (lo cual es incluido a menudo de forma errónea).
15. **SOBREDOSIS Y/O DELIRIUM TREMENS** (SD y DT). Si existen dudas acerca de si hubo sobredosis (SD), preguntar al pa-

ciente que hubo que hacer para que volviera en sí. Si solamente se le dejó “dormirla” no constituye una sobredosis. Si el paciente describe algún episodio en el que se precisó algún tipo de intervención sanitaria para la recuperación, considerarla como una sobredosis.

La naturaleza de la sobredosis es diferente según el tipo de droga utilizada. Mientras los opiáceos y los barbitúricos producen efectos parecidos al coma, la sobredosis de anfetaminas produce con frecuencia psicosis tóxicas.

Incluir intentos de suicidio si se realizaron bajo los efectos de una sobredosis. (Debe recordarse esto en la sección “Salud mental” y debe verificarse en la sección “Salud física” el número de hospitalizaciones.

DEFINICIÓN DE *DELIRIUM TREMENS* (DT). El DT aparece a las 24-48 horas del último consumo de alcohol. Consiste en temblores (sacudidas) y *delirium* o episodio confusional (desorientación grave) acompañados de fiebre. A veces, pero no siempre, hay alucinaciones. Los DTs genuinos son tan graves que requieren alguna forma de atención médica o intervención externa. El “Predelirium Tremens” diagnosticado por un profesional también se considera lo bastante grave como para codificarlo DT.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL *DELIRIUM TREMENS*. El DT no debe confundirse con los temblores que ocurren unas seis horas después del último consumo de alcohol y no van acompañados de *delirium*.

16. **TRATAMIENTO.** El tratamiento se refiere al trastorno adictivo y no a trastorno mental (ver la sección “Salud mental” del EuropASI) o enfermedad física (ver la sección “Salud física” del EuropASI). Si el paciente ha sido tratado por abuso de sustancias y por algún trastorno mental o enfermedad física, codificar el tratamiento tanto en esta sección como en las secciones “Salud mental” o “Salud física”.

Especificar el número de tratamientos para alcohol y drogas de forma separada. Si el paciente fue tratado por ambos problemas de forma simultánea, codificar el tratamiento en ambas categorías. Si el paciente fue tratado consecutivamente por el mismo centro (por ej.: desintoxicación y psicoterapia a largo plazo), codificar todos los tratamientos de forma separada. Dentro de los tratamientos se excluye la asistencia obligatoria a la autoescuela para volver a obtener el carnet de conducir tras la retirada por conducir intoxicado.

Las preguntas deben realizarse separadamente para el alcohol y las drogas. En el caso de problemas duales se tratará de obtener el número de tratamientos en cada categoría.

- **DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA.** La desintoxicación ha sido realizada bajo supervisión profesional con el objetivo de alcanzar una situación “libre de drogas” para la(s) sustancia(s) de abuso en un período de tiempo no superior a seis semanas. La desintoxicación puede ser sin medicación, con tratamiento sintomático (clonidina, benzodiazepinas, antiinflamatorios no esteroideos, etc.), o con la administración a corto plazo (generalmente menos de seis semanas) de agonistas (metadona o buprenorfina para los opiáceos, 4OH-butilato para el alcohol, etc.) con reducción gradual.
- **DESINTOXICACIÓN RESIDENCIAL.** Existe restricción ambiental garantizada por el internamiento en una institución especializada para el tratamiento del abuso de sustancias (no en hospitales, *ver más abajo*).
- **TRATAMIENTOS SUSTITUTIVO AMBULATORIO.** El tratamiento sustitutivo implica tratamiento a largo plazo con sustancias agonistas (LAAM, metadona o buprenorfina para los opiáceos, 4OH-butilato para el alcohol, etc.) por un período de al menos seis semanas. Se incluye cualquier tipo de intervención psicosocial (excepto programas estructurados de

hospital de día) pero esto no es requisito indispensable.

- TRATAMIENTO "LIBRE DE DROGAS" AMBULATORIO. El concepto de libre de drogas se refiere sólo a las sustancias de abuso (alcohol, drogas ilegales o prescritas) y drogas de sustitución (agonistas). El paciente puede recibir medicación antagonista (por ej., naltrexona para opiáceos), aversiva (disulfiram para el alcohol), o fármacos psicotrópicos para trastornos mentales concurrentes (ver sección "Salud mental" del EuropASI). Las psicoterapias son el tipo de intervención más frecuente en este grupo. Los tratamientos ambulatorios de salud mental también son incluidos en este grupo.
- TRATAMIENTO "LIBRE DE DROGAS" RESIDENCIAL. La restricción ambiental es garantizada por el internamiento en un centro adecuado. El tipo más representativo de este grupo son las comunidades terapéuticas para el tratamiento del abuso/dependencia de sustancias puro y comórbidos.
- CENTRO DE DÍA. Programa estructurado en el que el paciente se integra durante algunas horas al día, algunos días a la semana. Puede incluir algún tipo de intervención farmacológica integrada.
- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO / SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL. El tratamiento debe haber sido indicado para el tratamiento de abuso de sustancias, incluyendo desintoxicación (el tratamiento para trastornos mentales independientes se registrará en la sección "Salud mental" del EuropASI). Incluye hospitales públicos y privados. La hospitalización psiquiátrica puede estar implicada en el tratamiento de adictos con trastornos mentales comórbidos, en trastornos comportamentales derivados de la intoxicación o, en algunos casos, en la desintoxicación.
- OTRO HOSPITAL / SERVICIO. El tratamiento debe haber sido indicado para el tratamiento de abuso de sustancias, in-

cluyendo desintoxicación (el tratamiento para enfermedades mentales independientes se registrará en la sección "Salud mental" del EuropASI). Otros servicios del hospital pueden estar implicados en el tratamiento de las enfermedades concomitantes de los adictos y, en algunos casos, en la desintoxicación.

17. ABSTINENCIA. Esta cuestión solicita información acerca del período de tiempo más largo en que el paciente ha estado abstinentes/limpio de la(s) sustancia(s) para las que se realizó tratamiento, como resultado del mismo. Se hace hincapié en que debe ser el período más largo (de al menos un mes) de abstinencia, no necesariamente el último.

Los períodos de hospitalización o privación de libertad no son contabilizados. Deben incluirse los períodos de abstinencia de drogas ilegales o alcohol durante los cuales el paciente ha estado tomando metadona, naltrexona, o disulfiram de forma ambulatoria.

Codificar "00" si el paciente no ha estado abstinentes como resultado de un tratamiento por un período mínimo de un mes.

Codificar "N" si el paciente no ha estado en tratamiento.

NOTA: Esta pregunta sobre el período de abstinencia más largo como resultado de las modalidades de tratamiento mencionadas anteriormente debe formularse separadamente para el alcohol y las otras drogas.

18. SUSTANCIA PROBLEMA PRINCIPAL. El entrevistador debe determinar la droga de abuso más problemática basándose en los años de consumo, número de tratamiento y número de OD/DT. Si la información no aporta una indicación clara, preguntar al paciente cuál de las sustancias que consume considera que es la que le causa mayor problema.

Codificar "16" si el paciente tiene problemas serios con más de una droga o "15" si abusa del alcohol y de una o más drogas.

NOTA: Algunos pacientes refieren que la “metadona legal” es su droga problema principal, por ejemplo los sujetos que solicitan desintoxicación y programas libres de drogas. En esta caso codificar la metadona como sustancia problema principal en el ítem 18 y los problemas asociados con ella en el ítem 23.

NOTA: Para las entrevistas de seguimiento registrar cuál es la sustancia que el paciente considera como el “problema principal”. Si en el seguimiento el paciente refiere que no tiene problemas de alcohol o drogas, pero relata experimentar problemas en el ítem 23, debe clarificarse el ítem 18 preguntando si considera esa sustancia puede considerarse problema principal en el momento actual.

19. **ABSTINENCIA VOLUNTARIA.** Preguntar al paciente cuánto tiempo fue capaz de permanecer abstinentes de la(s) droga(s) problema principal (referidas en el ítem 18). Tener en cuenta que nos referimos al último período de abstinencia (de al menos un mes), y no necesariamente al más largo.

Los períodos de hospitalización o privación de libertad no se contabilizan.

Si el ítem 18 se registra “00-sin problemas” codificar “N”. Si el ítem 18 se codifica “15-Alcohol y drogas”, entonces la abstinencia se referirá a ambos, al alcohol y a la(s) droga(s) “principal”. Si el ítem 18 se codifica “16-Politoxicomanía” la abstinencia se refiere a todas las drogas de abuso. Codificar “96” si el número de meses es igual o mayor de 96 (8 años).

Codificar “00” si el paciente no ha estado abstinentes más de un mes.

20. **FINALIZACIÓN DE LA ABSTINENCIA.** Codificar “=” si el período de abstinencia transcurre en el momento de la entrevista. Codificar “N” si el paciente nunca ha estado abstinentes desde que comenzó el consumo.
21. **DINERO GASTADO.** Esto es en principio una medida del desgaste económico, no una cuantificación del consumo. Por eso, registrar solamente el dinero gastado no el valor de lo que ha consumido (por ej., traficantes que consumen pero no compran; camareros que beben grandes cantidades sin pagar).

Codificar “X” solamente si el paciente no puede hacer una determinación razonable.

22. **DÍAS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO EN EL ÚLTIMO MES.** El tratamiento se refiere a cualquier tipo de terapia ambulatoria para el abuso de sustancias. Esto no incluye apoyo psicológico o terapias para otros problemas distintos del abuso.

Se incluye mantenimiento con metadona, reuniones de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de autoayuda, antabús, etc. El mero hecho de estar “oficialmente incluido” en un programa no cuenta. Cuenta el número de días que el paciente ha tenido contacto con el programa de tratamiento en el último mes.

23. **DÍAS EN LOS QUE EXPERIMENTÓ PROBLEMAS.** Enfatizar que lo que interesa es el número de días que el paciente tuvo problemas relacionados directamente con el consumo de drogas o alcohol. Incluir solamente: ansia de alcohol/drogas (“craving”), síntomas de privación, efectos molestos de la intoxicación de drogas o alcohol, o deseo de parar el consumo sin ser capaz de hacerlo.

- 24 & 25. **AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE.** Hacer hincapié en el último mes como tiempo de referencia. Si en el ítem 23 no se mencionaron problemas de alcohol y drogas, realizar una pregunta confirmatoria y codificar “Nada”= “0” en el ítem 24.

El ítem 25 evalúa la necesidad específica de tratamiento para el abuso de sustancias, no de tratamiento general. Hacer hincapié en problemas de abuso de sustancias actuales, no evaluar la necesidad de tratamiento para el abuso en su peor momento evolutivo. También nos referimos a tratamientos adicionales para aquellos problemas especificados en el ítem 23: si hay problemas de alcohol y drogas manejados adecuadamente, realizar una pregunta confirmatoria y codificar una puntuación baja (“Ninguna”).

Situación legal

1. ADMISIÓN. Codificar "1" si el sistema judicial es el responsable de esta admisión a tratamiento o si el paciente sufriría consecuencias legales no deseables como consecuencia del rechazo de tratamiento o de la interrupción del mismo.
2. LIBERTAD CONDICIONAL. Puede ser útil registrar la duración y el tipo de libertad condicional de forma independiente.

3-6 CARGOS. Este es un registro del número y tipo de cargos oficiales (no necesariamente condenas) acumulados por el paciente durante su vida. Asegurarse de que se incluyen todos los cargos y no sólo los arrestos. Se incluyen solamente los cargos formales no las ocasiones en las que el paciente haya sido detenido o interrogado.

Se incluyen los arrestos que hayan tenido lugar en el Ejército, exceptuando aquellos que no tienen equivalente en la vida civil (deserción, insubordinación) que deben ser registrados en la sección "Comentarios".

No incluir delitos juveniles (menos de 18 años), a menos que el juzgado trate al paciente como adulto, como puede ser el caso de delitos particularmente serios.

NOTA: La inclusión exclusiva de delitos cometidos en la edad adulta es una convención adoptada por los autores en la medida que la encontraron más apropiada para su población. La utilización del EuropASI en poblaciones diferentes puede precisar la consideración de la historia legal juvenil.

Ejemplos de "otros delitos" son: vandalismo y posesión ilegal de armas.

7. CONDENAS. En este ítem no se incluyen los delitos menores (ítems 8-11). Las condenas incluyen multas, libertad condicional, y también sentencias que requieran privación de libertad. Los cargos por violación de la libertad condicional o libertad bajo palabra son considerados automáticamente como condenas.
8. ALTERACIÓN DEL ORDEN PÚBLICO, VAGABUNDEO, INTOXICACIÓN PÚBLICA. Los cargos dentro de esta categoría pueden incluir molestar a la gente sin la comisión de un delito particular.

9. PROSTITUCIÓN.

10. CONDUCIR INTOXICADO. Conducir mientras se está intoxicado o "borracho".

11. DELITOS DE TRÁFICO. Son delitos cometidos durante la conducción (velocidad excesiva, conducción temeraria, darse a la fuga tras tener un accidente, etc.). No se incluyen las deficiencias del vehículo, problemas en la matriculación, pagos en los parking, etc.

12. MESES EN LA CÁRCEL. Registrar el número total de meses que el paciente ha pasado en prisión, hospitales psiquiátricos penitenciarios o centros de detención desde que tenía 18 años, a menos que el paciente fuese considerado como un adulto cuando tenía menos de 18 años. Si el número es 96 ó más meses (ocho años), codificar "96". Contar como un mes cualquier período de encarcelamiento de dos o más semanas.

13. DURACIÓN DEL ÚLTIMO ENCARCELAMIENTO. Registrar "N" si el paciente nunca ha estado en prisión.

14. MOTIVO DEL ÚLTIMO ENCARCELAMIENTO. Utilizar el número asignado a las diferentes categorías de delitos (03-06 y 08-11) en la parte primera de esta sección. Si fue encarcelado por más de un cargo, registrar el más serio, o aquel por el que ha recibido una sentencia mayor.

Codificar "N" si el paciente nunca ha estado en prisión.

15. PENDIENTE DE CARGOS, JUICIOS, SENTENCIAS. Asegurarse de que el paciente no incluye pleitos civiles, a menos que esté implicado un delito criminal.

16. MOTIVO. Lo mismo que en el ítem 14. Codificar "N" si no está en espera de cargos, juicio o sentencia. No incluir pleitos civiles, a menos que haya implicado un delito criminal.

17. DÍAS EN LA CÁRCEL EN EL ÚLTIMO MES. Incluye el ser detenido; por ejemplo: arrestado y puesto en libertad el mismo día.

18. ACTIVIDADES ILEGALES EN EL ÚLTIMO MES. Registrar el número de días que el

paciente ha delinquido para obtener beneficio.

No se incluye la simple posesión o consumo de drogas. Se incluye el tráfico de drogas, la prostitución, el robo, la venta de objetos robados, etc.

19 & 20. AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE.

No se incluyen problemas civiles (custodia de hijos, divorcio, etc.).

En el ítem 20, asegurarse de que el paciente considera la necesidad de acudir a un abogado para defenderse contra cargos criminales.

En el ítem 20, enfatizar que se trata de asesoramiento adicional para problemas legales.

Si los problemas legales han sido manejados adecuadamente realizar una pregunta confirmatoria y codificar una puntuación baja ("Ninguna").

Historia familiar

La rejilla para la historia familiar se diseñó para resumir los trastornos mentales, de alcohol y de drogas de los familiares del paciente. Generalmente la información facilitada por el paciente no puede ser validada y, por ello, debe considerarse con cautela usando las siguientes orientaciones.

NOTA: La historia familiar se refiere sólo a los "parientes consanguíneos", incluyendo hermanastros (hermanos con los que el paciente tiene sólo un padre en común).

- I I Los padres, madres o hermanos adoptivos y los tíos que no son hermanos del padre o la madre del paciente pueden codificarse en la categoría "Otro importante" siempre que hayan convivido con el paciente durante su crianza.

DETERMINACIÓN DE LOS ANTECEDENTES. No es necesario tener un diagnóstico médico o un tratamiento formal para considerarlo como un antecedente. Aclarar al paciente que consideramos antecedente "algo que llevó o debería haber llevado a tratamiento".

Es particularmente importante para los entrevistadores el hacer un uso sensato de la "N" y la "X" en las respuestas a estas cuestiones.

En general una respuesta de "Sí" debería ser registrada para cualquier categoría familiar en la que al menos un miembro de la familia cumpla el criterio. Por ejemplo, el paciente tiene dos tías maternas y cree que una de ellas tuvo un serio problema con el alcohol y la otra un problema psiquiátrico importante. En este caso se codificará "Sí" = "1" en la categoría familiar Tía-Rama Materna para el alcohol y los problemas psiquiátricos.

Solo se codificará "No" = "0" si ninguno de los miembros de la categoría familiar cumple los criterios.

Codificar "N" para todas las categorías familiares en las que no haya miembros.

Codificar "X" para las situaciones en las que el paciente no recuerde o no esté seguro. En general, es mejor usar una "X" que registrar información inadecuada.

En los casos en que el paciente tiene más de dos hermanos o hermanas, se registrarán los hermanos con antecedentes más graves.

Relaciones familiares / sociales

NOTA GENERAL: En esta sección es difícil determinar si un problema en las relaciones es debido a problemas intrínsecos o a los efectos del alcohol o las drogas. En general debe preguntarse al paciente si considera que "si el problema de alcohol y de drogas no existiese" aún habría problemas en la relación. Esta dificultad surge en algunas cuestiones por lo que es necesario tener presente que la intención de toda la sección es evaluar los problemas de relación intrínsecos más que los problemas generados por el alcohol y las drogas.

1. ESTADO CIVIL. Codificar el estado civil actual.
2. DURACIÓN. Registrar el número de años y meses que el paciente lleva en el estado civil actual. Si nunca ha estado casado codificar el número de años soltero desde los 18 años (inicio de la edad adulta).
3. SATISFACCIÓN. Una respuesta de "Sí" (satisfecho) indica que el paciente está en general a gusto con su estado civil y no meramente resignado a él.
4. CONVIVENCIA HABITUAL. Solicitar al paciente que cuantifique el tiempo pasado en la cárcel, hospitales y otras instituciones en

los últimos tres años. Si esta cantidad de tiempo es la más significativa codificar "8". Si el paciente vivió en distintas situaciones en los últimos tres años elegir la más representativa. Si las cantidades de tiempo son equivalentes, elegir la situación más reciente.

5. **DURACIÓN DE LA CONVIVENCIA HABITUAL.** Codificar el número de años y meses que el paciente ha convivido en la situación habitual (ítem 4). Para pacientes que habitualmente conviven con sus padres, codificar el número de años que llevan así desde los 18 años.

6. **SATISFACCIÓN.** Una respuesta de "Sí" (satisfecho) indica que el paciente está en general a gusto con el tipo de convivencia y no meramente resignado a ella.

- **CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LAS PERSONAS CON QUE CONVIVE.** Los ítems 6A y 6B indican si el paciente retornará a una convivencia libre de drogas. Se entiende como una medida de la integridad y capacidad de apoyo del ambiente en que convive, no se refiere al vecindario o al barrio en que reside. Por ambiente en que convive se entiende aquel en el que el paciente reside actualmente (en el caso de tratamientos ambulatorios) o el medio al que el paciente espera volver para continuar el tratamiento.

Para el alcohol (6A) codificar "Sí" solamente si hay un individuo con un problema de alcohol activo, independientemente de si el paciente tiene un problema de consumo de alcohol.

En el caso de las drogas (6B), codificar "Sí" si hay cualquier forma de consumo de sustancias psicoactivas (excluyendo nicotina y cafeína) en el entorno, independientemente de si el individuo tiene un problema o si el paciente tiene problemas de consumo de drogas, e independientemente de si el individuo toma drogas por prescripción o no.

NOTA: Para un listado de las drogas a que se refiere esta cuestión ver la sección "Drogas / Alcohol" del

EuropASI y el Apéndice 5 "Lista de sustancias de uso común".

7. **TIEMPO LIBRE CON.** La respuesta suele ser fácil de interpretar. En "Familia" se incluyen la familia inmediata y ampliada y la familia política. Cualquier otra persona cercana al paciente que no sea familiar puede ser considerada "Amigo".

PROBLEMAS ACTUALES DE ALCOHOL O DROGAS: Si el paciente pasa mucho de su tiempo libre con familiares o amigos que tienen un problema de alcohol activo o están implicados en cualquier forma de consumo de drogas (excluyendo nicotina y cafeína) debe quedar reflejado en las respuestas 2 ó 4 respectivamente.

NOTA GENERAL: Algunos pacientes pueden considerar a la pareja con la que han mantenido una relación larga como un "miembro de la familia". Esto es aceptable.

IMPORTANTE: Si esta persona es registrada aquí como un "miembro de la familia" también se le debe considerar miembro de la familia en las cuestiones 19A, 20 y 22, y como pareja sexual/esposo en la cuestión 13.

8. **SATISFACCIÓN.** Una respuesta "Sí" (satisfecho) indica que el paciente está en general a gusto con la situación y no meramente resignado a ella.

9. **AMIGOS ÍNTIMOS.** Hacer hincapié que se trata de íntimos. No incluir miembros de la familia o parejas considerados previamente como miembros de la familia.

- **INSTRUCCIONES GENERALES.** Es particularmente importante para los entrevistadores hacer una utilización sensata de las respuestas "N" o "X".

En general, una respuesta de "Sí" debería ser registrada para cualquier categoría familiar en la que al menos un familiar cumpla el criterio. Por ejemplo, si el paciente tiene dos hermanos y ha tenido problemas serios con uno de ellos mientras que con el otro ha desarrollado una relación estrecha y cálida, debería codificarse "Sí" en los ítems 9A (Hermanos/hermanas) y 12. Por el contrario, sola-

mente se codificaría “No” si ninguno de los familiares cumple el criterio.

Se debe codificar “N” si no hay ningún familiar para la categoría. Sin embargo, es posible para un paciente haber tenido serios problemas con su padre en el pasado, pero debido a la muerte de éste, no haber tenido problemas en el último mes. El registro correcto en este caso debe ser “Sí” en toda la vida anterior y “N” en el último mes.

Debe codificarse “X” en el caso de que el paciente no pueda recordar o no esté seguro. En general es mejor usar la “X” que recoger información incorrecta.

- RELACIONES PERSONALES PRÓXIMAS Y DURADERAS. El ítem 9A evalúa hasta qué punto el paciente ha sido capaz de establecer y mantener relaciones próximas, cálidas y de apoyo mutuo, con alguna de las personas enumeradas.

IMPORTANTE: Una respuesta simple de “Sí” no es adecuada, se necesita alguna prueba para determinar específicamente si existe la capacidad de sentir intimidad y responsabilidad mutua en las relaciones. ¿Valora el paciente a las personas (más allá del propio beneficio)? ¿Es capaz el paciente de mantener en el tiempo las relaciones?

10-18. PROBLEMAS SERIOS DE RELACIÓN.

Estos ítems se refieren a problemas serios de suficiente duración o intensidad como para poner en peligro la relación. Se incluyen la falta de comunicación, falta de confianza o comprensión, hostilidad o discusiones continuas. Si el paciente no ha estado en contacto con ninguna persona en los últimos 30 días debe registrarse como “N”. Como ya se ha indicado, debería codificarse “N” en las categorías que no son aplicables (como en el caso de un paciente sin hermanos).

NOTA: El ítem 13 puede incluir cualquier relación sexual importante y regular.

IMPORTANTE: En los ítems 10 a 18C los períodos “Último mes” y “A lo largo de la vida” están diseñados para ser utilizados

de forma separada. El último mes proporciona información acerca de problemas recientes, mientras que a lo largo de toda la vida orientará hacia historia de problemas previos al último mes.

- 18A-18C. ABUSO. Este ítem ha sido añadido para identificar aspectos de la vida temprana familiar de los pacientes (respuestas referidas a lo largo de la vida) que pudieran ser importantes y para evaluar los peligros en el ambiente reciente y posiblemente futuro (respuestas referidas al último mes). En general las instrucciones para estas cuestiones son similares a las del resto de la sección (ver notas específicas). De nuevo, es importante formular las preguntas de forma comprensiva, haciendo hincapié en la confidencialidad de la información y en la posibilidad de tratar estos temas nuevamente en el futuro con un terapeuta adecuado.

ABUSO EMOCIONAL (malos tratos psíquicos). El abuso emocional será codificado generalmente en función de lo referido por el paciente aunque es difícil determinar si lo que refiere como abuso sería considerado como tal por otra persona. No se debe intentar confrontar las opiniones, ya que lo que se pretende aquí es conocer el juicio del paciente.

ABUSO FÍSICO (malos tratos físicos). En este caso deben seguirse los mismos criterios que en el abuso emocional aunque con una precaución; unos simples azotes u otros castigos no deben ser considerados abuso a menos que fueran, según el punto de vista del paciente, exagerados e innecesarios.

ABUSO SEXUAL. El abuso sexual no está limitado a la penetración. Incluye todo tipo de conductas de naturaleza sexual no deseadas realizadas por personas de ambos sexos.

19. PROBLEMAS SERIOS EN EL ÚLTIMO MES.

Los problemas conflictos requieren contacto personal (o al menos telefónico). Resaltar que se trata de conflictos serios (disputas importantes, agresión verbal) y no simplemente diferencias de opinión ru-

tinaria. Estos problemas deben tener tal intensidad que pongan en peligro la relación con la persona implicada.

20-23. AUTOEVALUACIONES DEL PACIENTE.

Se refieren a cualquier malestar, conflicto u otros problemas de relación registrados en el ítem 19 para la familia y para otras personas.

Incluye la necesidad del paciente de buscar tratamiento para problemas de relación social tales como soledad, incapacidad de socializar e insatisfacción con los amigos.

No se incluyen los problemas que desaparecerían si los problemas de consumo del paciente desapareciesen.

En el ítem 22 asegurarse de que el paciente es consciente de que no está evaluando si su familia está de acuerdo en participar sino en qué medida necesita cualquier tipo de apoyo por problemas familiares.

Salud mental

1. TRATAMIENTOS RECIBIDOS. Incluye cualquier tratamiento para cualquier tipo de trastorno mental. No incluye tratamientos para el abuso de sustancias o para problemas familiares o laborales. La unidad de medida es un episodio de tratamiento (generalmente una serie más o menos continua de consultas o días de tratamiento), no el número de consultas o días de tratamiento.
2. PENSIÓN POR INCAPACIDAD PSÍQUICA. Las pensiones por enfermedades neurológicas (por ej. epilepsia, etc.) no deben codificarse aquí, sino en el ítem 9 de la sección "Salud física".
- 3-10. SÍNTOMAS PSÍQUICOS. "A lo largo de la vida" se refiere a los síntomas graves que se mantienen durante un periodo de tiempo significativo (al menos dos semanas). Por esto, los ítems de depresión, ansiedad y concentración (ítems 3-5) exploran periodos de malestar significativos, no un simple día. El resto de los síntomas (ítems 6, 7, 9 y 10) son de suficiente importancia que

incluso su aparición durante breve tiempo justifica su inclusión.

Excepto para los ítems 7, 9 y 10: Asegurar que el paciente comprende que los periodos se refieren a momentos en los que no estaba bajo la influencia directa de alcohol, drogas o privación. Lo que significa que el comportamiento o el humor no eran debidos a intoxicación de alcohol o drogas o al efecto de la privación. Nuestra experiencia muestra que el paciente casi siempre es capaz de diferenciar un problema mantenido de problemas emocionales de efecto inducido por el alcohol o las drogas. Por esto, en situaciones donde exista duda, debe preguntarse directamente al paciente acerca de su percepción de los síntomas o problemas.

IMPORTANTE: La gravedad de los ítems 7, 9 y 10 justifica la inclusión aún en el caso de que hayan sido causados o se presenten en asociación con consumo de alcohol o drogas. Relatos acerca de pensamientos o intentos de suicidio recientes deberían ser puestos en conocimiento de un profesional que pudiera darles respuesta tan pronto como fuera posible, incluso si esto viola las normas sobre confidencialidad.

IMPORTANTE: Los periodos "A lo largo de la vida" y "Último mes" están diseñados para ser considerados de forma separada. El último mes proporciona información sobre problemas recientes, mientras que a lo largo de la vida orienta acerca de problemas o historia de problemas previos al último mes.

3. DEPRESIÓN. Presencia de tristeza patológica, desesperanza, intensa falta de interés, apatía, dificultades con el funcionamiento diario, culpa, llanto incontrolable, etc.
4. ANSIEDAD. Tensión, nerviosismo, incapacidad para relajarse, preocupaciones no razonables, etc.
5. PROBLEMAS COGNITIVOS. Dificultades importantes para concentrarse, de memoria y/o comprensión. Restringidos a los momentos en que el paciente estaba libre de drogas y sin sufrir privación.

6. ALUCINACIONES. Ver cosas y oír voces inexistentes. Restringiendo a los momentos en que el paciente estaba libre de drogas y sin sufrir deprivación.
7. DIFICULTAD PARA CONTROLAR CONDUCTAS VIOLENTAS. O pérdida de control. Ira o violencia. No restringido a los momentos en que el paciente estaba libre de drogas y sin sufrir deprivación.
8. MEDICACIÓN. Medicación prescrita por un médico para un trastorno mental diferente al abuso / dependencia de sustancias. Registrar "Sí" en el caso de que la medicación haya sido prescrita, incluso si no fue tomada por el paciente.
9. IDEACIÓN SUICIDA. Momentos en los que el paciente contempla de forma seria acabar con su vida. No restringido a los momentos en que el paciente estaba libre de drogas y sin sufrir deprivación.
10. INTENTOS DE SUICIDIO. Incluyen intentos o gestos suicidas aunque su intensidad haya sido discreta. No restringido a los momentos en los que el paciente estaba libre de drogas y sin sufrir deprivación. Incluye el intento suicida mediante sobredosis.
 - NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO. Ver ítem 10.
11. DÍAS CON PROBLEMAS EN EL ÚLTIMO MES. Se refiere a los problemas enumerados en los ítems 3-10.

- 12 & 13. AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE. En el caso del ítem 11 considerar la gravedad de los problemas en los últimos 30 días.

IMPORTANTE: Asegurar que el paciente comprende que esto no implica necesariamente el ingreso en una unidad de psiquiatría ni tratamiento psicofarmacológico.

Si no se han mencionado problemas psicológicos / emocionales en el ítem 11, realizar una pregunta confirmatoria y codificar "Nada"= "0" para el ítem 12.

Para el ítem 13 hacer hincapié a que nos referimos a apoyo o tratamiento para los problemas especificados en el ítem 11. Si esos problemas están siendo manejados de forma adecuada, realizar una nueva pregunta confirmatoria y codificar una puntuación baja ("Ninguna").

- 14-19. SÍNTOMAS OBSERVADOS DURANTE LA ENTREVISTA. Son valoraciones realizadas por el entrevistador en base a la observación del entrevistado. El entrevistador debe realizar su juicio basándose en el comportamiento y las respuestas del paciente durante la entrevista. No se debe interpretar; tener en cuenta solamente la presencia de síntomas claros en las categorías correspondientes (ver más arriba para descripción).

Apéndice 1. Introducción EuropASI

Puntos que el entrevistador debe mencionar al introducir el EUROPASI:

- Todos los pacientes reciben la misma entrevista.
- Toda la información recogida es confidencial y será utilizada solamente por los miembros del equipo de tratamiento o investigación.
- La entrevista está compuesta por diferentes áreas de la vida del paciente, tales como salud física, situación legal, uso de drogas y alcohol, etc.
- Existen dos períodos de tiempo específicos, el último mes y a lo largo de la vida.
- La contribución del paciente es importante. Para cada área existe una escala de autoevaluación para que el paciente califique

cuanto le han molestado los problemas y la importancia que le concede al tratamiento.

La escala de autoevaluación es:

0 (Nada/Ninguna)

1 (Leve)

2 (Moderada)

3 (Considerable)

4 (Extrema)

- Si no le resulta cómodo dar alguna respuesta, simplemente decline contestar. Por favor no dé información imprecisa.

Lo más importante es que el paciente entienda el propósito de la entrevista y su confidencialidad.

NOTA IMPORTANTE: Informar al paciente de la posibilidad de realizar en el futuro entrevistas de seguimiento.

Apéndice 2. Ítems objetivos críticos

SALUD FÍSICA

- 1 Hospitalizaciones
- 3 Problemas de salud física crónicos

EMPLEO / RECURSOS

- 1,2,3 Años de educación y título académico obtenido
- 5 Período más largo de empleo
- 8 Patrón de empleo usual

DROGAS / ALCOHOL

- 1-13 Historia de uso/abuso
- 15A, 15B Delirium Tremens, Sobredosis
- 16 Tratamientos recibidos
- 19,20 Abstinencia voluntaria

SITUACIÓN LEGAL

- 3-6 Cargos
- 7 Condenas
- 15,16 Causas judiciales actuales
- 18 Realización de actividades ilegales en la actualidad

RELACIONES FAMILIARES / SOCIALES

- 2,3 Estabilidad y satisfacción con el estado civil actual
- 5,6 Estabilidad y satisfacción con la convivencia
- 8 Satisfacción con el uso del tiempo libre
- 10-18 Problemas de relación serios a lo largo de la vida
- 19A, 19B Días en el último mes de problemas serios con la familia / otras personas

SALUD MENTAL

- 1A Tratamiento hospitalario previo
- 3-10 Síntomas a lo largo de la vida y en el último mes

Apéndice 3. Instrucciones para utilizar “n” en el EuropASI

GENERALES

- Si hay varios recuadros para responder a una pregunta, ponga el código “N” en el primer recuadro.
- No utilice “N” para la escala de autoevaluación del paciente ni para la escala de gravedad del entrevistador. La única excepción a esta norma es la sección de empleo / recursos, cuyas instrucciones para las preguntas 21-23 se encuentran más adelante.
- Si un paciente declara que no ha tenido ningún problema en los últimos 30 días en un área concreta (es decir, “00” días problema), las dos preguntas siguientes (molesto o preocupado por estos problemas y la importancia del tratamiento para estos problemas) deberían también ser codificados “0”. Sin embargo, si el paciente cambia de opinión, y dice que está molesto o preocupado en esa área y/o tiene necesidad de tratamiento, la pregunta sobre el número de días con problemas debería ser formulada de nuevo.

ESPECÍFICAS

Información general

8-9: Si 8 es codificada “1”, entonces 9 será “N”

Salud física

1-2: Si 1 es codificada “00”, entonces 2 será “N”

5-7: Si 5 es codificada “0”, entonces 6 y 7 serán “N”

Empleo / Recursos

7: Si nunca ha trabajado, codifique 7 como “N”

9: Si 9 es codificada como “00”, o si el paciente trabaja por cuenta propia sin empleados o socios, entonces la pregunta 18 de la sección “Relaciones familiares / Sociales” debería ser codificada “N” en la columna “Último mes”.

21-23: Si el paciente fue incapaz de trabajar en los últimos 30 días debido a que estaba en la cárcel o en otro tipo de ambiente controlado, por definición no puede tener problemas relacionados con el trabajo en el ítem 21. En estos casos codifique “N” para 21, 22 y 23. Como esto significa que no hay autoevaluación del paciente el entrevistador tendrá que valorar la gravedad basándose solamente en los ítems objetivos.

Drogas / Alcohol

1-13: Si el paciente nunca ha usado una determinada droga, o nunca ha usado una determinada droga según los criterios especificados en el manual, debería ponerse “N” en el primer recuadro de edad de inicio.

14-14A-14B: Si 14 es codificada “0”, entonces 14A y 14B deberían ser codificadas “N”.

16-17: Si 16.1-16.9 se codifican todas como “0” (significando que el paciente nunca ha estado a tratamiento para problemas de alcohol y/o drogas), codifique “N” en el primer recuadro para alcohol y “N” en el primer recuadro para drogas de la pregunta 17.

18-20: Si 18 es codificada “00”, codifique “N” en 19 y 20

Si 19 es codificada “00”, codifique “N” en 20

Situación legal

12-14: Si 12 es codificada “00”, 13 y 14 deberían ser codificados “N”

15-16: Si 15 es codificada “00”, codifique 16 “N”

Historia familiar y Relaciones familiares/Sociales

Únicamente se puede usar "N" en la sección de Historia familiar y en las preguntas 9A-18 de la sección "Relaciones familiares / Sociales".

Historia Familiar: Ver las instrucciones para el uso de la "N" en el cuestionario EUROPASI y en la sección correspondiente en este manual.

9A-18: Es importante verificar si el paciente tuvo la oportunidad de tener relaciones con la/s persona/s mencionada/s en cada ítem. Como norma, si no hubo ninguna oportunidad de relacionarse con la/s persona/s mencionada/s (por ejemplo, si alguien de una categoría determinada ha fallecido o si no ha habido ningún contacto), entonces codifique "N". Si el paciente refiere que nunca ha tenido una relación en una determinada categoría (por ejemplo sin hijos, nunca ha tenido amigos,

nunca ha tenido una relación con su padre, etc.) entonces debería ponerse una "N" en los recuadros de "Último mes" y "A lo largo de la vida".

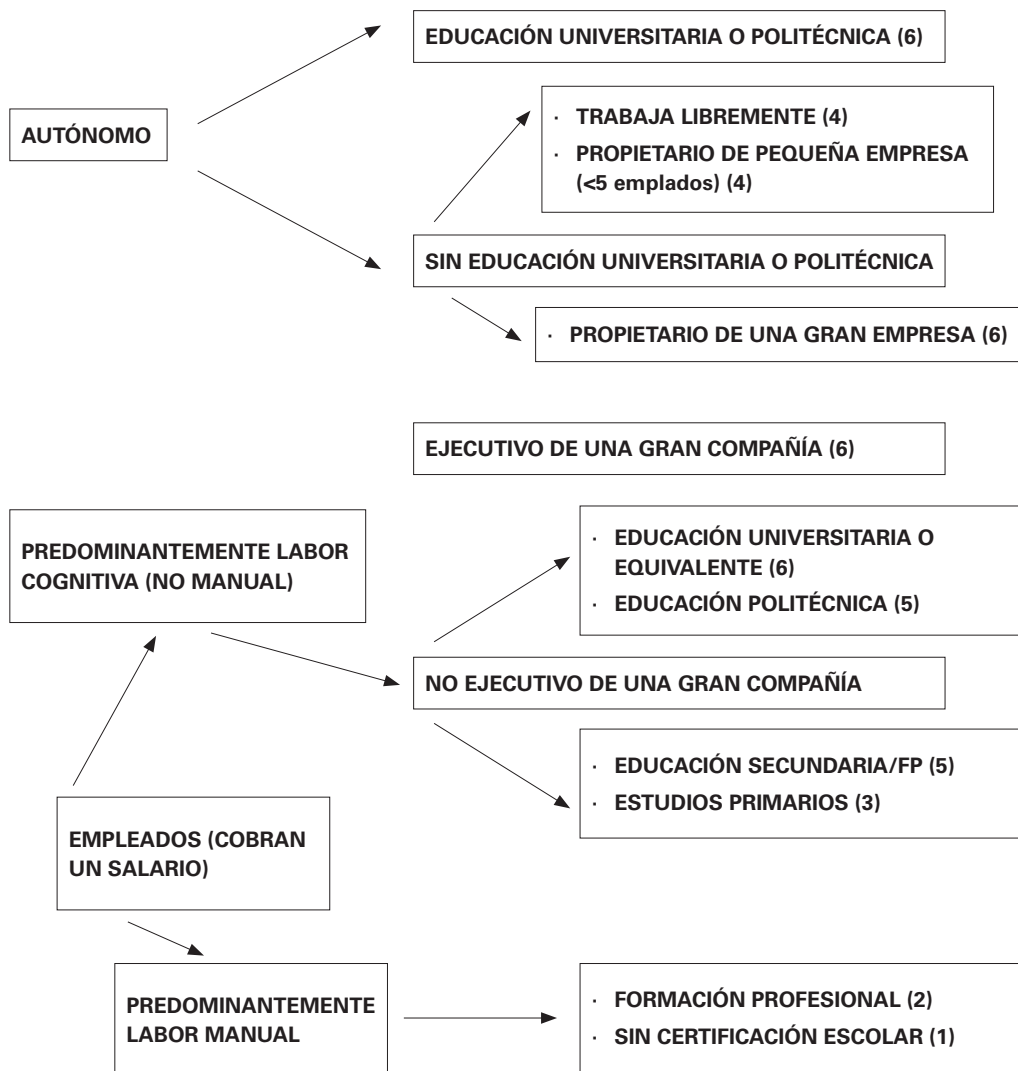
9: Si 9 es codificada "0", entonces la columna de "Último mes" de la pregunta 16 debería codificarse como una "N". En tales casos, el entrevistador debería preguntar más a fondo para saber si alguna vez hubo amigos íntimos para determinar si también hay que codificar una "N" en la columna de "A lo largo de la vida".

18: Si la pregunta 9 de la sección "Empleo / Recursos" es codificada "00", o si el paciente es autónomo sin empleados o socios, entonces la pregunta 18 de la sección "Relaciones familiares / Sociales" debería ser codificada "N" en la columna del "Último mes".

Salud mental

En esta sección ninguna pregunta debería ser codificada "N".

Apéndice 4. Categorías profesionales



1 = TRABAJO SIN FORMACIÓN PREVIA
 2 = TRABAJO CON FORMACIÓN PREVIA
 3 = EMPLEADOS AUXILIARES

4 = PEQUEÑO EMPRESARIO
 5 = EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS
 6 = PROFESIONALES

Apéndice 5. Lista de sustancias de uso común⁴

ALCOHOL

Ver Manual para definición.

HEROÍNA

Brown sugar, caballo, chinos, otros.

METADONA/LAAM

Metadona, LAAM (Levoalfaacetilmetadol).

OTROS OPIÁCEOS/ANALGÉSICOS

Buprenorfina, Codeína, Dextropropoxifeno, Fentanil, Mereperidina, Morfina, Opio, Pentazocina.

ANSIOLÍTICOS/SEDANTES

Barbitúricos: Amobarbital, Ciclobarbita, Fenobarbital, Secobarbital, otros.
Benzodiacepinas: Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Clordiacepóxido, Clonazepam, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Ketazolam, Lorazepam, Lormetazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Triazolam, Temazepam, otros.
Otros sedantes: Hidrato de Cloral, Meprobamato, otros.

COCAÍNA

Cocaína cristal, pasta base, crack, rock cocaína, otros.

ANFETAMINAS

Anfetaminas, Bencedrina, Dexedrina, Dextroanfetamina, Metanfetamina

METILFENIDATO, OTROS.

Crack, Ritalín, Preludín, Speed, Cristal.

CANNABIS

Marihuana, Hachís, otros.

ALUCINÓGENOS

LSD, Fenciclidina, Silocibina, Peyote, otros.

INHALANTES

Nitrato de amilo, Eter, Oxido nitroso, Cola y Solventes.

OTROS

MDMA, MDEA,

ANTIDEPRESIVOS

Amineptino, Desipramina, Sinequan, otros.
Antipsicóticos: Prometazina, otros.

NOTA: Algunas drogas no psicoactivas pueden ser utilizadas sin prescripción médica por algunos pacientes. Estas deben ser registradas en la sección "Comentarios." Si están prescritas para enfermedades físicas específicas ir a la sección "Salud física." Ejemplos: Diuréticos (por ej.: furosemida), simpaticolíticos (por ej.: clonidina), laxantes (por ej.: antraquinonas), anticonvulsivantes (por ej.: fenitoina), antiinflamatorios (por ej.: ibuprofeno, paracetamol), antiácidos (por ej.: ranitidina).

NOTA: Algunas veces las marcas comerciales incluyen una mezcla de drogas psicoactivas y no psicoactivas (por ej., antiinflamatorios y barbitúricos para el dolor de cabeza, o antimuscarínicos y benzodiacepinas para el dolor abdominal). En el caso de uso sin prescripción de tales compuestos, por favor codificar en el ítem de la droga psicoactiva correspondiente y anotar en la sección "Comentarios" la marca comercial.

⁴ Esta lista de sustancias no es completa, se limita a unos ejemplos para cada clase de droga. Solamente los nombres químicos han sido listados ya que los nombres comerciales para las drogas legales y los nombres de la calle para las sustancias ilegales son específicos de cada país. Los nombres comerciales y de la calle son de gran importancia cuando se pregunta al paciente sobre su uso de sustancias.

Apéndice 6. Ítems para comprobar la veracidad ("Cross-checking") del EuropASI

1. Información general 1, ítem 8: Si el paciente dice que ha estado en un ambiente controlado en los últimos 30 días, asegurarse de que esta información se refleja en el área correspondiente del EuropASI (por ej., si el paciente estaba en la cárcel debería aparecer en la sección de Situación legal; si estaba hospitalizado en la sección de Salud física, etc.).
 2. Salud física, ítem 8: Si el paciente dice que está tomando medicación por prescripción médica, compruebe que ha anotado esta medicación en la sección de Drogas y Alcohol. En el ítem 9, si el paciente dice que recibe una pensión, compruebe que lo ha anotado en la sección de Empleo / Recursos (ítem 13).
 3. Drogas / Alcohol, ítem 15: A veces los pacientes le informarán de una sobredosis o un *delirium tremens* que requirió hospitalización y que olvidaron comentar en la sección de Salud física. Vuelva a la Sección de Salud física y aclare los ítems 1 y 2.
 4. Situación legal, ítem 18: Si el paciente admite que ha participado en actividades ilegales para obtener beneficios, compruebe el ítem 15 de la sección Empleo / Recursos.
 5. Relaciones familiares / Sociales, ítem 4: A veces el paciente admitirá que está actualmente viviendo con alguien. Sin embargo, no lo había mencionado en la sección de Empleo / Recursos. Algunas preguntas que deberá preguntar son ¿Trabaja esa persona?, ¿Le ayuda a pagar los gastos? etc., para poder contestar los ítems 14 y 18 de la sección Empleo / Recursos. El ítem 4, de convivencia en el momento actual, le ha de llevar a comprobar la información del ítem 3 de la Información general.
 6. Salud mental, ítem 2: Si el paciente refiere que recibe una pensión por incapacidad psíquica, compruebe el ítem 13 de la sección Empleo / Recursos.
 7. Compruebe la edad del paciente frente al número de años que ha estado usando alcohol y/o drogas (según lo definido en el manual) y con el número de años que ha estado en prisión. Compare el número total de años de abuso de sustancias referido por el paciente (sección Drogas / Alcohol, ítems 1-13) y el número total de años en prisión (sección Situación legal, ítem 12) para comprobar que el paciente tiene suficiente edad para haber usado estas sustancias tanto tiempo como refiere. Si parece imposible, debe preguntar: "¿Ha usado drogas/alcohol (como definido en el manual) mientras estaba en prisión?"
- COMPRUEBE QUE LA ENTREVISTA COMPLETA TIENE SENTIDO.

Apéndice 7. Instrucciones para la entrevista de seguimiento del EuropASI

Estas instrucciones difieren de las de la evaluación inicial en varios aspectos:

- Solamente una parte de los ítems son aplicables, y por lo tanto utilizados.
- Las entrevistas de seguimiento son más cortas.
- Se puede obtener información válida realizando las entrevistas de seguimiento por teléfono.
- Las escalas de validación del entrevistador pueden ser también utilizadas en el seguimiento. Sin embargo, no es posible comparar las puntuaciones de las escalas de validación del entrevistador de las entrevistas de seguimiento con las de la entrevista inicial.

Los ítems del recuadro que figura a continuación, son los que se utilizan en las entrevistas de seguimiento.

Los ítems con un asterisco (*) deberían ser adaptados para recoger datos acumulativos desde el momento de la última entrevista. Dependiendo del propósito de la entrevista de seguimiento, el entrevistador debería especificar:

- desde la última entrevista,
- desde que dejó el tratamiento,
- desde...

Se recomienda usar un cuestionario distinto para la entrevista de seguimiento que contenga los ítems adaptados.

ÍTEMES DEL EUROPASI QUE HAN DE SER PREGUNTADOS (O REFORMULADOS) EN EL SEGUIMIENTO

Primera página, columna de la izquierda: A, D, G, H, J, K.

Información general: 8, 9.

Salud física: 1*, 4*, 5*, 6-16.

Empleo / Recursos: 1*, 2*, 3, 4, 7*, 8*, 9 – 26.

Drogas / Alcohol: 1-13: solamente "Último mes" y "Vía de administración", 14*, 14A*: solamente "Últimos seis meses" y "Último mes" (Últimos seis meses debe ser reformulada, último mes permanece como está), 14B*, 15*, 16*, 17, 18, 21-28.

Situación legal: 2, 3-7*, 8-12*, 15-23.

Relaciones familiares / Sociales: 1,3,4*,6-9,10-18: solamente "Último mes", 19-26.

Salud mental: 1*,2,3-10: sólo "Último mes", 10^a*,11-22.

CÓMO CONSEGUIR ALTAS TASAS DE SEGUIMIENTO

- Informe al paciente en el momento de la entrevista inicial que la entrevista de seguimiento se realizará "X" meses más adelante.
- Obtenga nombres, direcciones, números de teléfono de más de un familiar y/o amigos. Asegúrese de que son números y direcciones diferentes. Compruebe estos números y direcciones inmediatamente, mientras que el paciente está en tratamiento.
- Obtenga información sobre otra gente con la que se relaciona el paciente (otros centros de tratamiento, etc.). Asegure la confidencialidad –un número de teléfono de contacto al cual el paciente puede llamar cuando el entrevistador le deje mensajes.
- Asegure la confidencialidad del paciente –informe al paciente que no se van a dar referencias de su estado, sino que únicamente

te esos contactos se usarán para localizarle. Tenga preparada una explicación falsa para dar a aquellos parientes que quieran saber el motivo de por qué llama al paciente.

- Mantenga informes detallados de todos los intentos de seguimiento, incluyendo número de veces que lo ha intentado y los resultados. Esto ayuda a reducir la repetición de intentos y a dispersar los esfuerzos.

- Puede también enviar por correo una carta personalizada y no identificadora explicando el horario cuando el paciente puede llamarle, o para que el paciente le mande información sobre cuándo Ud. puede contactar con él.

ASEGÚRESE DE QUE LOS ENTREVISTADORES DEL SEGUIMIENTO NO ESTÉN INVOLUCRADOS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

Apéndice 7a. Consentimiento informado para el seguimiento

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Nombre:

Estudio:

He decidido ponerme a tratamiento en el Centroy estoy de acuerdo en participar en las entrevistas de seguimiento durante el año que sigue a mi tratamiento. La/s entrevista/s serán completamente confidenciales y la información se usará para desarrollar tratamientos más efectivos en este Centro.

Proporciono una dirección y número de teléfono dónde creo que puedo ser localizado en el futuro y los nombres y direcciones de otras personas que pueden ayudar a localizarme.

Entiendo que toda la información que proporciono se mantendrá confidencial, y que aquellas personas cuyos nombres proporciono solamente serán contactadas para saber dónde puedo ser localizado, y que ni mi tratamiento, ni mi estado serán comentados con ellos o con cualquier otra persona.

Firma

EL ENTREVISTADOR COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE QUE LA ENTREVISTA EURO-PASI HAYA SIDO COMPLETADA.

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Tutor actual / Persona de contacto:

¿Trabaja el paciente durante el día?:

Supervisor del paciente:

Apéndice 7b. Direcciones de contacto para el seguimiento

Dirección en la que el paciente espera estar

- Calle, número, piso
- Ciudad, provincia, código postal
- Teléfono

Otras personas que vivan en la misma dirección:

Nombre	Relación con el paciente
--------	--------------------------

.....
.....
.....

Otros contactos (incluir padres, pareja, hermanos, hijos, amigos íntimos)

· Nombre 1

Relación con el paciente:

¿Trabaja durante el día?

Calle, n°, piso

Ciudad, provincia, código postal

Teléfono

· Nombre 2

Relación con el paciente:

¿Trabaja durante el día?

Calle, n°, piso

Ciudad, provincia, código postal

Teléfono

· Nombre 3

Relación con el paciente:

¿Trabaja durante el día?

Calle, n°, piso

Ciudad, provincia, código postal

Teléfono

· Nombre 4

Relación con el paciente:

¿Trabaja durante el día?

Calle, n°, piso

Ciudad, provincia, código postal

Teléfono

El paciente recibe:

· ¿Pensión, seguridad social, u otros beneficios de invalidez?

Especificar:

· ¿Ayuda familiar?

· ¿Desempleo?

Especificar provincia de residencia:

Listar lugares de hospitalización y de tratamiento ambulatorio (médicos, drogas, alcohol, psiquiátricos, instituciones intermedias, etc.). Liste dónde y cuándo:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Supervisor del paciente:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Provincia:

En el momento de la entrevista de admisión, ¿estaba el paciente pendiente de cargos, juicio o sentencia?

Liste lugares y fechas de encarcelamientos previos:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE (Lugares de empleo, servicio militar activo o en reserva, médicos privados, lugar de estudios actual, albergues, etc.)

Apéndice 8. Códigos de países, OMS

ÁFRICA		South Africa	143
		Sudan	147
Algeria	101	Swaziland	148
Angola	102	Togo	151
Botswana	103	Tunesia	152
Burundi	104	Uganda	153
Cameroon	105	United Republic of Tanzania	154
Cape Verde	106	Western Sahara	155
Central African Republic	107	Zambia	156
Chad	108	Zimbabwe	157
Comoros	109	Zaire	158
Congo	110	Benin	159
Cote d'Ivoire	111	Burkina Faso	160
Djibouti	112	Namibia	161
Ecuatorial Guinea	113	Sao Tome and Principe	162
Etiopía	114		
Gabon	116	AMÉRICA	
Gambia	117		
Ghana	118	Anguilla	200
Guinea	119	Antigua and Barboda	201
Guinea-Bissau	120	Argentina	202
Egypt	121	Bahamas	203
Kenya	122	Barbados	204
Lesotho	123	Bermuda	205
Liberia	124	Bolivia	206
Libyan Arab Jamahiriya	125	Brazil	207
Madagascar	126	British Virgin Islands	208
Malawi	127	Canada	209
Mali	128	Belice	210
Mauritania	129	Cayman Islands	211
Mauritius	130	Chile	212
Morocco	131	Colombia	213
Mozambique	132	Costa Rica	214
Niger	133	Cuba	215
Nigeria	134	Dominica	216
Reunión	136	Dominican Republic	217
Rwanda	137	Ecuador	218
Saint Helena	138	El Salvador	219
Senegal	139	Falkland Islands (Malvinas)	220
Sechelles	140	French Guiana	221
Sierra Leone	141	Greenland	222
Somalia	142	Grenada	223

Guadeloupe	224	Malaysia Sabah	324
Guatemala	225	Malasia Sarawak	325
Guyana	226	Mongolia	326
Haiti	227	Democratic Yemen	327
Honduras	228	Nepal	328
Jamaica	229	Pakistan	329
Martinique	230	Philippines	330
Mexico	231	East Timor	331
Montserrat	232	Qatar	332
Netherlands Antilles	233	Republic of Korea	333
Nicaragua	234	Saudia Arabia	334
Panamá	235	Singapore	335
Paraguay	236	Sri Lanka	336
Perú	237	Syrian Arab Republic	337
Puerto Rico	238	Thailand	338
Saint Christopher and Nevis	239	Malaysia	339
Saint Lucia	240	Turkey	340
Saint Pierre and Miquelon	241	United Arab Emirates	341
Saint Vicent and the Grenadines	242	Yemen	342
Suriname	243	Maldives	343
Trinidad and Tobago	244	Oman	344
United Status of America	245	Vietnam	345
Uruguay	246		
Venezuela	247	EUROPA	
Virgin Islands	248		
Turks and Caicos Islands	249	Albania	400
		Austria	401
ASIA		Belgie	402
		Bulgaria	403
Afganistán	301	Czechoislovakia	404
Bahrein	302	Denmark	405
Brunei Darussalam	303	Faeroe Islands	406
Burma	304	Finland	407
China	306	France	408
Cyprus	308	German Democratic Republic	409
Hong Kong	309	Germany Federal Republic of	410
India	310	Channel Islands	411
Indonesia	311	Channel Islands; Guernsy	412
Democratic Kampuchea	312	Gibraltar	413
Iran	313	Greece	414
Iraq	314	Hungary	415
Israel	315	Iceland	416
Japan	316	Ireland	417
Jordan	317	Italy	418
Dem. People's Rep. of Korea	318	Luxembourg	419
Kuwait	319	Malta	420
Lao People's Dem. Republic	320	Netherlands	421
Lebanon	321	Norway	422
Macao	322	Poland	423
Malaysia Peninsular	323	Portugal	424

Channel Islands; Jersey	425	Coco (Keeling) Islands	505
Holy See	426	Cook Islands	506
Romania	427	Fiji	507
Spain	428	French Polynesia	508
Sweden	429	Guam	510
Switzerland	430	Kiribati	509
England and Wales	431	Nauru	511
Northern Ireland	432	New Caledonia y Dependencias	512
Scotland	433	New Zealand	513
Yugoslavia	434	Niue	515
Liechtenstein	435	Norfolk Island	517
Monaco	436	Pacific Islands, Trust	518
United Kingdom	438	Papua New Guinea	519
Andorra	439	Pitcairn	514
USSR	600	Samoa	516
		Salomón Islands	522
AUSTRALIA / OCEANÍA		Tokelau	523
		Tonga	520
American Samoa	501	Tuvalu	524
Australia	502	Vanuatu	525
Christmas Island	504	Wallis and Futura Islands	521

3. ASI-6

Índice de gravedad
de la adicción (Versión 6)

3.1. Introducción

En los últimos años la evolución del consumo de drogas en nuestro país se ha caracterizado, entre otros, por un aumento de los consumos (especialmente cannabis y cocaína), una disminución o estabilización de la edad de inicio y un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos psicotropos, o consumo excesivo de alcohol (1). Estos cambios han llevado al Plan Nacional sobre Drogas a que entre sus Acciones Preferentes para el periodo 2005-2008 se encuentre la estimulación de la investigación de “nuevos programas, nuevas formas organizativas y nuevas herramientas metodológicas para abordar la problemática de las drogodependencias” (1).

Desde su introducción en 1979, el Addiction Severity Index –ASI– (2) se ha convertido en uno de los instrumentos más universalmente utilizado y valorado en el ámbito clínico y de investigación de los trastornos por consumo de sustancias. Se trata de una entrevista estructurada diseñada para proporcionar información básica sobre distintas áreas de la vida del paciente con fines de ayuda al diagnóstico y de evaluación de los cambios clínicos y los resultados de los tratamientos.

El ASI lejos de ser un instrumento de evaluación cerrado, es una herramienta dinámica que se ha ido adaptando progresivamente a las modificaciones en las tendencias y patoplastia de los consumos que se han producido con el paso de los años. En este sentido, el Centro para el Desarrollo Metodológico y de Instrumentos del NIDA promovió a finales de los 80s su actualización. Así surgió el ASI5 (3), que incluía una nueva sección, la historia familiar de problemas relacionados con el alcohol, las drogas y problemas psiquiátricos, y se añadían nuevos ítems a las secciones existentes (p.e., la vía de administración de las

drogas, actividades ilegales...) para ajustarse a la realidad del consumo de drogas de finales de los 80 y principios de los 90.

Las tendencias actuales en el uso y abuso de drogas y en su atención integral por los sistemas de salud han llevado a sus creadores a actualizar y ajustar el ASI a la realidad de nuestros días. De este modo, surge una nueva versión, el ASI6, con importantes cambios estructurales y de contenido sobre la versión anterior (4).

Los cambios estructurales del ASI6 se traducen en tres elementos de gran importancia de cara a la aplicabilidad del instrumento: el tiempo de administración, la fiabilidad interexaminadores y el desarrollo de metodologías de seguimiento más eficaces. Por un lado, el incluir ítems de *screening* con reglas de escape permite acortar el tiempo de entrevista si el paciente no tiene problemas en esos ítems. Por otro lado, para muchos de los ítems se explicitan más claramente y en el propio cuestionario las definiciones y los criterios operativos para la evaluación y puntuación, lo que se traduce en una mayor facilidad de administración y una mayor fiabilidad interexaminadores. Finalmente, están en desarrollo de entrevista de seguimiento telefónicos o autoaplicados a través de ordenador.

Los cambios de contenido del ASI6 comprenden una evaluación más precisa, detallada y actualizada de todas las áreas en general, pero especialmente del área de Daño Físico comórbido y del área de Drogas/Alcohol que incorpora la evaluación del uso de tabaco y del juego patológico, así como del área de la Familia/Social con incorporación de ítems sobre órdenes de alejamiento y problemas de custodia de los hijos.

A pesar de su gran universalidad, experiencia de uso y acuerdo de la comunidad científica

ca sobre la utilidad y valor del ASI, no existe una versión española oficial reconocida por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction al contrario de lo que sucede con la mayor parte de los idiomas de la Comunidad Europea. Es cierto que se han realizado esfuerzos por parte de investigadores españoles (5,6) para validar el ASI5, pero han sido parciales y no han sido reconocidos por los organismos oficiales. Esto hace que en nuestro país exista una situación diferencial marcada respecto del resto de países miembros de la Comunidad Europea al carecer de herramientas de evaluación comprensiva que proporcionen a los clínicos e investigadores la información necesaria, de una forma válida y fiable, para diseñar un plan de atención integral a los pacientes con trastorno por consumo de drogas.

Actualmente, el Grupo de Adaptación y Validación al español del Addiction Severity Index (GAVEASI) está llevando a cabo un proyecto financiado por el Plan Nacional de Drogas cuyo objetivo es adaptar y validar este instrumento para su uso en la práctica e investigación clínica de trastornos adictivos en España (7). Los resultados del proyecto proporcionarán a la comunidad clínica e investigadora española una herramienta de evaluación estandarizada y comprensiva de los pacientes con trastornos adictivos que permitirá evaluar con mayor uniformidad y rigor los resultados de las distintas intervenciones terapéuticas en estos trastornos.

El Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI) es una entrevista multidimensional empleada para valorar la gravedad del uso de sustancias (alcohol y drogas), del estado de salud y de los problemas laborales, familiares, sociales y legales que pudieran estar asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el principal objetivo de proporcionar tratamientos específicos e individualizados para cada paciente en función de sus necesidades. El ASI tiene tanto una importancia conceptual como práctica dado su acercamiento multidimensional a la evaluación de la gravedad de la adicción. Además las investigaciones han obtenido datos que apo-

yan la capacidad del instrumento para diseñar y medir la efectividad del tratamiento. Nos encontramos entonces, con una herramienta que proporciona información básica sobre distintas áreas de la vida de los pacientes con fines de ayuda al diagnóstico y evaluación de los cambios clínicos y los resultados de los tratamientos.

El ASI6 surgió con el ánimo de desarrollar una versión revisada del ASI5 que se adaptase a los cambios en el perfil básico de la población que consumía sustancias, en la naturaleza de los tratamientos y en los conocimientos científicos sobre los comportamientos adictivos. Según los autores (8), las razones teóricas para esta nueva versión fueron:

1. Entrenamiento: El entrenamiento para la administración del ASI es una herramienta fundamental y obligada previa a la administración de la entrevista. Tiene un formato estructurado y se utiliza como una introducción a la entrevista clínica, la anamnesis, la empatía con el paciente y la toma de decisiones clínicas. Se realiza a través de técnicas de *role playing* con preguntas para los entrevistadores y guiones para los actores-paciente, manuales y videos, y viñetas para obtener unas puntuaciones más precisas y uniformes. Existe también una versión autoaplicada de entrenamiento mediante programas informáticos que ayudan a identificar y corregir los errores y la consistencia de la información obtenida en la entrevista.
2. Evaluación de los costes y beneficios: En la versión 6ª del ASI se incluye un nuevo período de tiempo de evaluación, los últimos seis meses, con el objetivo de mejorar los análisis de coste-efectividad y coste-beneficios.
3. Poblaciones especiales: El ASI6 incorpora con mayor amplitud que las versiones anteriores cuestiones específicas para mujeres, etnias y pacientes con comorbilidades físicas o psiquiátricas.
4. Resumen de las medidas: La puntuaciones de gravedad del entrevistador son menos fiables cuando el período de entrenamiento y monitorización es menos intenso, por lo que han sido eliminadas en la versión ASI6.

Los índices clínicos (a lo largo de la vida) y los índices de valoración (últimos 30 últimos días) son los mismos de la versión anterior del ASI ya que no mostraban deficiencias en el ámbito de cobertura.

5. Problemas en áreas problema específicas:

- Salud física: Se han incluido ítems referentes al embarazo, tratamientos para los problemas de salud física prescritos, utilización de servicios sanitarios y dificultades para realizar las actividades cotidianas debido a problemas de salud física.
- Empleo / Recursos: Se diferencia entre los problemas en el trabajo y los problemas para buscar trabajo.
- Drogas / Alcohol: Se incluyen ítems sobre tabaco y juego patológico.
- Situación legal: Podemos encontrar ítems que recogen los cambios que se han producido en el sistema desde los años 70, y se atiende a la diferencia entre si acude a tratamiento por orden judicial o no.
- Familia / Red social: En versiones anteriores este área se centraba en los problemas en las relaciones interpersonales, especialmente en las familiares, olvidando el apoyo proveniente de esas relaciones, lo que no permitía conocer el desarrollo de las mismas. En la actualidad existe una necesidad importante por evaluar las relaciones con los padres, con los hijos, si hay procesos con los servicios de protección del menor, etc., por lo que se han incorporado cuestiones específicas sobre estos temas.
- Salud mental: Aunque este área dispone de una importante fiabilidad y validez, no recoge información sobre posibles traumas y sus consecuencias.

Alterman (9) describe las etapas del desarrollo del ASI6 del siguiente modo:

1. Desarrollo: Las áreas exploradas por el ASI fueron cuidadosamente refinadas y se desarrollaron nuevos ítems que fueron analizados psicométricamente.
2. Prueba piloto: La versión preliminar del ASI6 revisado se evaluó en un estudio con

400 pacientes que tuvieron un seguimiento a los seis meses (test-retest). Se estableció así la fiabilidad del instrumento.

3. Versión definitiva: Se aplicó la versión inglesa definitiva a distintas poblaciones de pacientes en dos ocasiones, basal y a los seis meses. Los pacientes incluidos en el estudio fueron:

- 220 pacientes dependientes de cocaína
- 220 pacientes dependientes de alcohol
- 220 pacientes dependientes de opiáceos
- 220 pacientes de asistencia social
- 220 pacientes con problemas judiciales por drogas

Para comprobar la validez externa, se administró una batería de pruebas a la mitad de los miembros de cada grupo seleccionados al azar. Esto permitirá obtener la validez convergente y predictiva del ASI6.

4. Entrenamiento / Instrucciones: En la última parte del proyecto se desarrollarán los manuales, instrucciones y materiales de entrenamiento, etc.

La versión definitiva del ASI6 es una entrevista semiestructurada con criterios claros de evaluación y puntuación. Consta de 257 ítems (frente a los 161 de la versión anterior) que se agrupan en las siguientes secciones:

- Información general: recoge información sobre las características de la entrevista, datos sociodemográficos y de alojamiento del paciente
- Áreas de la vida en las que el paciente pudiera tener problemas:
- Salud física
- Empleo y recursos
- Drogas y alcohol
- Situación legal
- Red familiar y social
- Salud mental
- Sección final para que el entrevistador valore la validez y fiabilidad global de la información proporcionada por el paciente.

La estructura de las 6 áreas problema es la misma: comienzan con una serie de ítems de cribado con reglas de escape, después recogen información objetiva sobre la situación y gravedad del paciente en cada área, y

finalmente, información subjetiva referida a cuánto preocupan o molestan al paciente sus problemas y la importancia que tiene para él recibir tratamiento para los mismos.

Al igual que en las versiones anteriores la información subjetiva es proporcionada por el paciente utilizando una escala de autoevaluación tipo Likert con un rango entre 0 y 4:

- 0 = Ninguna
- 1 = Leve
- 2 = Moderada
- 3 = Considerable
- 4 = Extrema

La información obtenida con el ASI6 se refiere a 3 períodos de tiempo, cada uno de los cuales tiene su propio interés y utilidad:

- A lo largo de la vida: proporciona información sobre la situación vital del paciente desde la infancia y sobre problemas que hayan podido existir en el pasado
- Últimos 6 meses: este período temporal de evaluación no existía en las versiones previas. Se ha decidido incorporarlo en algunos ítems de interés en los análisis de eficiencia y costes-beneficios
- Últimos 30 días: proporciona información sobre la frecuencia y gravedad de los problemas recientes que resulta de gran interés para la monitorización y valoración de los cambios obtenidos con las intervenciones

Los componentes del grupo GAVEASI esperamos que, al igual que en otros países, la versión española del ASI6 sea incorporada por los clínicos e investigadores en su quehacer diario para así posibilitar una gestión clínica adecuada y una monitorización estrecha de nuestras intervenciones terapéuticas y, en definitiva, mejorar la calidad de la asistencia a nuestros pacientes. Somos optimistas en este extremo ya que, al igual que los autores americanos, presuponemos que el ASI6 será un éxito en nuestro país fundamentalmente por las siguientes tres razones:

1. Caracteriza y cuantifica la gravedad de los problemas de salud y sociales asociados al consumo de sustancias, evaluando además la cantidad, la duración y la intensi-

dad de la adicción. Mientras no podamos determinar si esos problemas de salud o sociales son la causa, la consecuencia o simplemente coinciden con la adicción, no podremos diseñar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades y problemática del paciente, ni evaluar adecuadamente el resultado de nuestras intervenciones.

2. Es un instrumento dinámico y de dominio público, lo que ha permitido que se adaptara a diferentes idiomas, proyectos concretos y dispositivos asistenciales.
3. Está en desarrollo un esfuerzo continuo y constante por mejorarlo, hacerlo más preciso y válido y adaptarlo a los nuevos descubrimientos científicos en el campo de las adicciones.
4. Forma parte de una familia de instrumentos (ASI-6, ASI-FU, ASI-TEEN) adaptables a los distintos niveles y necesidades clínicas que facilitan los programas de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan Nacional sobre Drogas. *Plan de Acción 2005-2008 - Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
2. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. J Nerv Ment Dis. 1980; 168(1): 26-33.
3. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. *The fifth edition of the Addiction Severity Index*. J Subst Abuse Treat. 1992; 9(3): 199-213.
4. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*, 4ª ed. Barcelona: Ars Medica, pp 23-25. 2006.
5. Guerra D. *Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción*. En: M. Casas (Ed.). *Trastornos psíquicos en*

- las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1992; pp. 59-90.
6. González Sáiz F, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López Cárdenas A, Ruz Franzi I, Guerra Díaz D. *Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la entrevista clínica Addiction Severity Index (ASI)*. En: I. Iraurgi Castillo, F. González Sáiz (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica, 2002; pp 271-307.
 7. Bobes J. *Adaptación y Validación al español del Addiction Severity Index - versión 6.0 (ASI6)*. [cited; Available from: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/inifd/pdf/2005-AdaptacionValidacion.pdf>.
 8. McLellan AT, Cacciola JS, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. *The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions, and Transitions*. [cited; Available from: <http://www.tresearch.org/resources/pubs/ASlat25.pdf>.
 9. Alterman AI. *Development of the ASI-6*. [cited; Available from: http://www.uphs.upenn.edu/trc/assessment_treatment/division%20studies/asi6.html.

3.2. Instrumento (ASI-6)*

INFORMACIÓN GENERAL

Esta es **una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida-salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que Vd. nos dé es confidencial (explicar con precisión)** y será utilizada para **(explicar el propósito)**. Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígame. La entrevista dura aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?... Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

Nombre del paciente:

I1. N° identificación del paciente:

Nombre del entrevistador

I2. N° identificación del entrevistador:
o

I3. N° identificación del observador:

I4. Fecha de entrevista:

I5. Fecha de admisión:

I6. Marco temporal de la entrevista: ☐

1 Anterior a la fecha de la entrevista

2 Anterior a la fecha de

admisión a tratamiento

3. Anterior a otra fecha:

I7. Hora de inicio: :

I8. Género (1-Hombre, 2-Mujer): ☐

I9. Fecha de nacimiento:

(Edad:)

I10a. País de nacimiento:

.....

I10b. País de nacimiento del padre:

.....

I10c. País de nacimiento de la madre:

.....

I11. ¿Con qué nacionalidad se identifica?: (Puede decir 2)

I11a.....

I11b.....

I12. ¿Cuál es su estado civil actual? ☐

6 → I14

1. Casado/a

2. Vive como si estuviera casado/a

3. Viudo/a

4. Divorciado/a

5. Separado/a

6. Nunca casado/a

I13. ¿Cuánto tiempo lleva (respuesta G12)?

años

meses

I14. ¿Quién le derivó al tratamiento? ☐

-e.d., derivado a este programa específico de tratamiento

1. Vd. mismo, familia o amigos

2. Servicio o unidad de tratamiento de toxicomanías o alcoholismo

3. Médico de Asistencia Primaria

4. Otros servicios sanitarios

5. Sistema educativo

6. Mutua laboral

7. Agentes sociales (INEM, centro de acogida, iglesia, etc.)

8. Sistema legal o judicial

E F M A M J J A S O N D

ALOJAMIENTO

Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses desde..... y durante los 30 últimos días desde.....

[NOTA: 6 meses = 180 días, informe al paciente si fuera necesario.]

A1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

A.Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → A8

De esas noches, cuántas fueron en un/una:

A. B.

A2.unidad residencial para alcohol o drogas?

A3.servicio de hospital general distinto de psiquiatría?

A4.servicio de psiquiatría?

A5.comisaría / prisión?

A6.piso protegido o intermedio?

A7. otro tipo de alojamiento restringido o supervisado?

Qué tipo?

A8. ¿Cuántas noches ha estado en un albergue para gente sin hogar?

A.Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → A9

A9. ¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, coches o parques porque no tenía otro lugar para quedarse?

A.Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → NOTA

[NOTA: Si A8A o A9A > 0 (e.d., si ha permanecido en albergues o en la calle en los últimos 6 meses), vaya a la siguiente NOTA.]

A10. ¿Alguna vez se ha quedado en un albergue para gente sin hogar o ha vivido en la calle (edificios abandonados, coches, o parques) porque no tenía otro lugar para quedarse? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue), vaya a Estado de Salud Física.]

A11. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con (... alguien más)? [Señale todas las que correspondan]

- ☐ 1. Solo
- ☐ 2. Cónyuge/Pareja
- ☐ 3. Hijo/s < 18 años
- ☐ 4. Padres
- ☐ 5. Otros familiares adultos
- ☐ 6. Otros adultos no familiares
- ☐ 7. No contestado

A12. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas? ☐ 1-Sí, 0-No

SALUD FÍSICA

Las siguientes preguntas se refieren a su salud física.

SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Señale todas las que correspondan]

- ☐ 1. Ninguno
- ☐ 2. Seguro privado (ASISA, IMESA, Sanitas...)
- ☐ 3. Seguro de salud de las Fuerzas Armadas, MUFACE
- ☐ 4. Seguridad social (Régimen normal)
- ☐ 5. Seguridad social (Régimen pensionista)
- ☐ 6. Otro (especifique:)
- ☐ 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

SF2. ¿Está embarazada? ☐
1-Sí, 0-No, 2-No Sabe

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico o un profesional sanitario alguna de las siguientes enfermedades?

1-Sí, 0-No

SF3. Hipertensión arterial ☐

SF4. Diabetes ☐

SF5. Enfermedades cardíacas ☐

SF6. Accidente cerebrovascular ☐

SF7. Epilepsia o convulsiones ☐

SF8. Cáncer ☐

SF9. VIH/SIDA ☐

SF10. Tuberculosis o test positivo de tuberculina ☐

SF11. Hepatitis ☐

SF12. Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas ☐

SF13. Nefropatía crónica ☐

SF14. Enfermedad respiratoria crónica
ej. asma, enfisema, EPOC ☐

SF15. Otras enfermedades crónicas
ej. artritis, dolor de espalda crónico,
problemas digestivos (colitis, etc) ☐

-si la respuesta es "Sí" especifique:.....

SF16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad? ☐

-si la respuesta es "Sí" especifique:.....

[NOTA: Si SF3 - SF16 son todas 0-No, ignorar SF17.]

SF17. ¿Alguna vez le han prescrito medicación para alguna de esas enfermedades? ☐

0. No

1. Sí, todavía tomo todos los

medicamentos prescritos

2. Sí, debería estar tomando la

medicación pero no la tomo

3. Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicación ya no es necesaria

SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión (o paga) por una enfermedad o discapacidad física? ☐ 1-Sí, 0-No

- Excluir discapacidad psiquiátrica

SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo diría que ha sido su salud física? ☐

0. Excelente

1. Muy buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

(SF20 - SF23) En los últimos 30 días:

[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]

SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física? ☐☐ Días

ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad

-incluir problemas dentales

SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física? ☐☐ Días

[NOTA: Presentar la **Escala de Evaluación del Paciente.**]

SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado? ☐

0. Ninguno

1. Leve

2. Moderado

3. Considerable

4. Extremo

SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos? ☐

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física actuales? ☐

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF25. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado (al menos una noche) por problemas de salud física?

-No incluir tratamiento de alcohol/drogas, hospitalizaciones psiquiátricas, o parto sin complicaciones

☐ ☐ Veces

SF26. ¿Cuántas veces ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física?

A. 6 meses B. 30 días

☐☐☐ ☐☐

000 → SF27

SF27. ¿Cuántos días ha tomado la medicación prescrita para una enfermedad física?

A. B.

☐☐☐ ☐☐

000 → SF28

-No incluir medicación para problemas de alcohol/drogas/ psiquiátricos.

SF28. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha realizado con un médico u otro profesional sanitario?

A. B.

☐☐☐ ☐☐

000 → E/R

ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.

-No incluir tratamiento para alcohol/drogas o psiquiátrico.

EMPLEO/RECURSOS

Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.

E1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado? ☐

1. Obligatoria (1ª y 2ª)

2. Bachillerato/ FP

3. Diplomatura

4. Licenciatura

5. Postgrado (Máster/Doctorado)

6. Ninguno

E2. ¿Tiene algún otro título, diploma o certificado de enseñanzas regladas?

☐ 1-Sí, 0-No

E3. ¿Cuál es el último curso que completó?

☐☐

01= 1º Primaria

02= 2º Primaria ...

08= 2º ESO/ Graduado Escolar (antiguo)

10= 4º ESO/ Graduado en Educación Secundaria

12= 2º Bachillerato/ FP

13= 1º Carrera/ Estudios Superiores

14= 2º Carrera

15= Diplomatura

17= Licenciatura

18= 1º curso Doctorado/Máster

19= 2º curso

E4. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas españolas? ☐ 1-Sí, 0-No

E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral?

ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.

☐ 0-No, 1-Tiempo parcial, 2-Tiempo completo

E6. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? ☐ 1-Sí, 0-No

E7. ¿Tiene coche propio? ☐ 1-Sí, 0-No

E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta sólo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

E9. ¿Lee/escribe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo? ☐ 1-Sí, 0-No

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]

☐ 1. Tiempo completo (≥35 hrs/sem), ☐ E12

☐ 2. Tiempo parcial (< 35 hrs/sem), ☐ E12

☐ 3. Paro y buscando empleo activamente (suspendido temporalmente por falta de trabajo) ☐ E14

- ☐ 4. Fuera del mercado laboral
-no está trabajando y no está
buscando empleo activamente

E11. [Si está fuera del mercado laboral] ¿Cuál describe mejor su situación actual?

[Señale una, ☐ E14]

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Incapacitado
4. Jubilado
5. No busca empleo
6. Institucionalizado
7. Otro

E12. ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)? ☐ ☐

(Especifique)

[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]

01. Profesiones especializadas y técnicas
02. Ejecutivos, administrativos y directivos
03. Ventas
04. Oficinistas y apoyo administrativo
05. Producción precisa, oficios y reparaciones
06. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores
07. Transportistas y mudanzas
08. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones
09. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico
10. Granjero / director de granja
11. Empleado/a de granja
12. Fuerzas Armadas
13. Empleado/a del servicio doméstico
14. Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo sumergido? ☐ 1-Sí, 0-No

E14. ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo a tiempo completo?

Meses

☐ ☐ ☐

- Continuadamente por cuenta ajena/propia

000 → E17

E15. ¿Hace cuánto que finalizó ese empleo?

Meses

☐ ☐ ☐

[NOTA: Codifique 000 sólo si el empleo a TC actual es el más largo.]

E16. ¿Cuál era su empleo/ocupación entonces? ☐ ☐

(Especifique)

[NOTA: Codifique una categoría de la NOTA E12.]

E17. En los últimos 6 meses (desde), ¿Cuántas semanas ha trabajado remuneradamente? ☐ ☐ Semanas

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido Max= 26

00 → E22

E18. En los últimos 6 meses, ¿Cuál era su sueldo bruto? ☐ ☐ ☐ ☐ €

(E19-E22) En los últimos 30 días:

E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamente?

Días

☐ ☐

00 → E22

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto?

☐ ☐ ☐ ☐ €

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas laborales? ☐ ☐ Días

- ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias laborales, etc.

E22. ¿Ha solicitado algún empleo?

☐ ☐ 1-Sí, 0-No

ej. enviado el currículum, rellenado una solicitud de empleo, hablado con un contratador potencial

E23. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. ahora cualquier tipo de orientación laboral (como asesoramiento, formación o educación) que le ayude a encontrar un empleo o a solucionar los problemas relacionados con el trabajo? ☐

-asistencia actual o adicional

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

Las siguientes preguntas (E24-E32) se refieren a sus fuentes de ingresos y recursos económicos.

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por el gobierno o recibe algún tipo de subvención para la vivienda? ☐ 1-Sí, 0-No

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido de:

E25. pensión, seguridad social, o paro?
€

E25b. ...últimos 6 meses? €

E26. servicios sociales? €
p.e. subsidio social, ONGs

E26b. ... últimos 6 meses? €

E27. otras ayudas institucionales?
€
p.e. alimentación, facturas luz, agua...

E27b. ... últimos 6 meses? €

E28. pensión alimenticia y compensatoria?
€
-del padre/madre de los hijos o ex-cónyuge

E28b. ... últimos 6 meses? €

E29. actividades ilegales? €
p.e. tráfico de drogas, prostitución, juego ilegal, venta de objetos robados

E29b. ... últimos 6 meses? €

E30. cualquier otra fuente? €
p.e. préstamo/ayuda de familiar o de otros, ingresos imprevistos (herencia, impuestos, lotería, etc.)

E30b. ... últimos 6 meses? €

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de ingresos para los gastos de vivienda, alimentación y otros gastos?
[Señale todas las que correspondan]

☐ 1. Empleo

☐ 2. Jubilación

-ej. plan de pensiones privado, seguridad social

☐ 3. Incapacidad

ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad

☐ 4. Paro

☐ 5. Servicios sociales

-ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs

☐ 6. Pensión alimenticia o compensatoria

☐ 7. Familia, amigos o asociados

☐ 8. Ingresos ilegales

☐ 9. Institución o alojamiento supervisado

-p.e. hospital, comunidad terapéutica, piso protegido, centro de acogida, etc.

☐ 10. Otros, ej. ahorros, etc:

Especifique:

☐ 11. Ninguno

E32. ¿Alguna vez le han declarado legalmente en bancarrota? ☐ 1-Sí, 0-No

E33. ¿Alguna vez ha sido moroso en la devolución de un préstamo del Estado? ☐ 1-Sí, 0-No
p.e. préstamo de vivienda

E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de sus pagos habituales? ☐ 1-Sí, 0-No
p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia, otros (facturas médicas, costes de juicios, préstamos personales)

E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen actualmente de usted económicamente? ☐ 1-Sí, 0-No

ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos, pensión de manutención a hijos
-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus necesidades básicas como vivienda, alimentación y vestido, y las de las personas a su cargo? ☐ 1-Sí, 0-No
-Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

DROGAS/ALCOHOL

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.

• HISTORIAL DE TRATAMIENTOS

D1. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por su uso de alcohol/drogas?
-Incluya las evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento
00 → D6

D2. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron sólo de desintoxicación?
-Desintoxicación no seguida de tratamiento adicional

D3. ¿Qué edad tenía la primera vez que entró en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas?

Cuántos días ha:

D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta (para tratamiento de alcohol/drogas)
A. Últimos 6 meses
B. 30 Días
000 → D5

D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas?
ej. metadona, naltrexona, Revia, etc.
-Excluya fármacos para la dependencia nicotínica
000 → D5

D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA?
000 → D5

D7. ¿Cuánto duró el período de tiempo continuado más largo que estuvo acudiendo a grupos de autoayuda al menos 2 días por semana?

años
meses

• USO DE ALCOHOL

D8. ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana?
- Excluya el tiempo sin consumo **00 → D10**

D9. ¿Cuántos años ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas al día de forma regular, 3 o más días a la semana?
00 → D11

D10. ¿Ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día, 50 o más días de su vida? 1-Sí, 0-No

D11. ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y notó sus efectos? [si nunca, codifique 99]

D12. En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía?
0. Abstinente
1. 1-3 veces al mes
2. 1-2 veces a la semana
3. 3-6 veces a la semana
4. Diariamente

D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol?
00 → D20

D14. ¿Cuándo bebió por última vez?
[00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]

D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día?

D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? €

• SÍNTOMATOLOGÍA ALCOHÓLICA

En los últimos 30 días:

D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? 1-Sí, 0-No

D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo? ☐ 1-Sí, 0-No

D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? ☐ 1-Sí, 0-No

D20. ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted? ☐ 1-Sí, 0-No

D21. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de alcohol? ☐☐

00 → D23

D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos problemas relacionados con el alcohol? ☐

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

D23. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber? ☐

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

D24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

TABLA DE USO DE DROGAS - SUSTANCIAS INDIVIDUALES

NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígame: **Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:**

Pre-A. ¿Alguna vez probó o consumió

(incluso si fue sólo una vez o se lo habían prescrito)?

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió

B. ¿Cuántos años en su vida ha consumido

3 o más días a la semana?

–Excluya los periodos de abstinencia

C. ¿Ha consumido durante 50 o más días de su vida?

D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió

E. En los últimos 30 días, ¿consumió

([0]–sólo lo prescrito [tratamiento], o [1]–ilegalmente o más de lo prescrito [no como tratamiento])?

NOTA: Si el paciente dice que:

1. Nunca probó una determinada droga (ej. D25-A), **codifique “99” y vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**
2. Ha consumido 3 o más días a la semana durante un año o más (ej. D25-B), **vaya al siguiente ítem (D25-C), y continúe.**
3. No ha consumido en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), **vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**

	A. ¿Edad del primer consumo?	B. ¿Años de consumo regular (a lo largo de la vida)?	C. ¿Consumida 50 o más días (a lo largo de la vida)?	D. ¿Consumo en los últimos 30 días?	E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)?
	[99 →siguiente A]	[>00 →D]	[1-Sí, 0-No]	[00 →siguiente A]	[0- como prescrito, 1-no como prescrito]
D25. Marihuana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Otros Opiáceos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inhalantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE SUSTANCIAS- CATEGORÍAS DE PROBLEMAS

01. Alcohol
02. Marihuana
03. Sedantes
04. Cocaína / Crack
05. Estimulantes
06. Alucinógenos
07. Heroína
08. Metadona
09. Otros Opiáceos
10. Inhalantes
11. Otras Sustancias
12. Ninguna

Problema Principal

D34. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

☐ ☐

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Problema Secundario

D35. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **2ª mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

☐ ☐

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Problema Terciario

D36. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **3ª mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

☐ ☐

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Vía(s) de Administración

¿De qué forma ha consumido ?

B. A lo largo de la vida **C. Últimos 30 días**
[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

B. A lo largo de la vida **C. Últimos 30 días**
[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

B. A lo largo de la vida **C. Últimos 30 días**
[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

[NOTA: 4. Inyectada = inyección IV y no-IV; ej. intramuscular, subcutánea, etc.]

CONSUMO DE DROGAS- ASPECTOS GLOBALES

D37. ¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita? ☐ ☐

D38. En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas? ☐

0 - No Consumo (→D45)

1 - 1-3 veces al mes

2 - 1-2 veces a la semana

3 - 3-6 veces a la semana

4 - Diariamente

D39. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita? ☐☐

0 → D45

D40. ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abusó de la medicación prescrita? ☐☐

00 si hoy,

01 si ayer

02 si hace 2 días, etc.

D41. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? ☐☐☐☐€

-Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (e.j. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

En los últimos 30 días:

D42. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga? ☐ 1-Sí, 0-No

D43. ¿Ha tenido alguna problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga;
o
ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla? ☐ 1-Sí, 0-No

D44. Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos;
o
en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? ☐ 1-Sí, 0-No

D45. ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted? ☐ 1-Sí, 0-No

D46. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas? ☐☐

00 → D48

D47. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas? ☐

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

D48. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas? ☐

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

D49. ¿Cuánta importancia tiene para vd lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)? ☐

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

D50. Desde que empezó a consumir, ¿ha estado alguna vez completamente abstinente de **drogas y alcohol** durante al menos 1 año?

☐ 1-Sí, 0-No

0 → D52

-Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (ej. metadona, psicofármacos...)

D51. ¿Hace cuánto tiempo terminó este período de abstinencia?

☐☐ Años ☐☐ Meses

[Si actualmente abstinente 1 año o más odifique 00 00. Codifique el período de abstinencia más reciente de al menos 1 año.]

CONDUCTAS DE RIESGO

[**NOTA:** Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

D52. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?

[Inyectado = inyección IV y no-IV]

☐ 1-Sí, 0-No

0 → D54

D53. ¿Cuándo fue la última vez que compartió jeringuillas o material para inyectarse?

Hace:

☐☐ Años ☐☐ Meses

-Si nunca, codifique NN NN

-Si en el último mes, codifique 00 00

D54. En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales? ☐☐

D55. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH/SIDA? Hace:

-Si nunca, codifique NN NN

☐☐ Años ☐☐ Meses

-Si en el último mes, codifique 00 00

TABACO

D56. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos o consumió tabaco de otras formas?

☐ 1-Sí, 0-No

99 → D59

ej. tabaco de mascar, puros, pipas

-Si nunca consumió, codifique 99

D57. ¿Cuántos años ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas) diariamente? ☐☐

D58. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumió tabaco de otras formas)? ☐☐

JUEGO PATOLÓGICO

D59. ¿Alguna vez ha sufrido algún problema económico debido al juego?

☐ 1-Sí, 0-No

D60. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragaperras, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal? ☐☐

SITUACIÓN LEGAL - Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.

L1. ¿Alguna vez ha estado en el calabozo / cárcel, incluso unas pocas horas? ☐ 1-Sí, 0-No

L2. ¿Ha sido detenido alguna vez?

☐ 1-Sí, 0-No

0 → L18

L3. ¿Qué edad tenía la primera vez?

☐☐

>17 → (L7-14)

L4. Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por?

[Señale todas las que correspondan]

.....1. Delitos violentos
o contra las personas
ej. atraco, agresión, violación

.....2. Delitos de drogas
ej. posesión, tráfico, fabricación

.....3. Delitos con ánimo de
lucro o contra la propiedad
ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo
de coches, vandalismo, incendios provocados

.....4. Delitos sólo aplicables
a menores de edad
ej. fugarse de casa, consumo de
alcohol, absentismo escolar

.....5. Otros delitos
(Especificar:.....)

L5. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido antes de los 18 años de edad? Veces

L6. Antes de los 18 años, ¿cuánto tiempo estuvo en un calabozo, en un centro de rehabilitación de menores, o en un reformatorio? Meses

(L7 - L14) DESDE LOS 18 AÑOS:

Pre-A. ¿Le han detenido por ?

[NOTA: Si No, codifique 00 en

A. y vaya al siguiente ítem]

A. ¿Cuántas veces en total?

B. ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?

L7. Posesión de drogas?
-o material relacionado (parafernalia)

A.Total B. 6 meses

L8. Venta o fabricación de drogas?
-venta incluye tráfico/ distribución

A.Total B. 6 meses

L9. Atraco?
-robo con fuerza o con amenazas de fuerza

A.Total B. 6 meses

L10. Otros delitos contra la propiedad?
-hurtos en tiendas, robos
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo, provocación de incendios, allanamiento

A.Total B. 6 meses

L11. Delitos violentos?
-agresión, violencia doméstica, violación, homicidio

A.Total B. 6 meses

L12. Posesión de armas, prostitución*, o juego ilegal?
-*incluye proxenetismo, € por sexo, pornografía

A.Total B. 6 meses

L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)...?
- alcohol o drogas

A.Total B. 6 meses

L14. Cualquier otro delito penal?

-violación de la libertad provisional o condicional, escándalo público, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc.

A.Total B. 6 meses

L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez? Años Meses
[Codifique 00 si en el último mes (30 días)]

L16. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad? Veces
-ej. libertad provisional, encarcelamiento, multas

L17. Desde los 18 años, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en la cárcel o prisión? Años Meses

L18. ¿Su admisión a tratamiento es judicial? ☐ 1-Sí, 0-No
-ej. por orden judicial

Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones?

1-Sí, 0-No

L19. Libertad provisional ☐

L20. Libertad condicional ☐

L21. Pendiente de juicio o cargos ☐

L22. Pendiente de sentencia ☐

L23. Participando en un programa de reinserción ☐

L24. Otros ☐

-ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitorización electrónica,

L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales? ☐

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

(L26 - L30) En los últimos 6 meses:

Pre-A. ¿Ha ?

[NOTA: Si No, codifique 000 en A. y vaya al siguiente ítem]

A. número de días, últimos 6 meses

B. número de días, últimos 30 días

L26. vendido o fabricado drogas?

-tráfico o distribución para obtener dinero, sexo, o cualquier otro beneficio

A.Últimos 6 Meses **B.** 30 Días

L27. robado a alguien?

A.Últimos 6 Meses **B.** 30 Días

L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios?

A.Últimos 6 Meses **B.** 30 Días

L28c. ...hurtos en tiendas

A.Últimos 6 Meses

L28d. ...robos / allanamiento

A.Últimos 6 Meses

L28e. ...robo de vehículos

A.Últimos 6 Meses

L28f. ...falsificación

A.Últimos 6 Meses

L28g. ...fraude

A.Últimos 6 Meses

L28h. ...vandalismo

A.Últimos 6 Meses

L28i. ...provocado incendios

A.Últimos 6 Meses

L28j. ...otros delitos de robo/
contra la propiedad

A.Últimos 6 Meses

L29. amenazado o agredido a alguien?

A.Últimos 6 Meses **B.** 30 Días

-con o sin armas; incluya violencia doméstica, violación y homicidio

-excluya robo

L29c. ... amenaza sin agresión física

A.Últimos 6 Meses

L29d. ...agresión con arma

A.Últimos 6 Meses

L29e. ... agresión sin arma

A.Últimos 6 Meses

L29f. ... agresión sexual

A.Últimos 6 Meses

L29g. ... homicidio

A.Últimos 6 Meses

L29h. ... otros

A.Últimos 6 Meses

L30. cometido algún otro acto ilegal?

-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc.
[excluya uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]

L30c. ...tenencia ilícita de armas

L30d. ...prostitución/proxenetismo

L30e. ...juego ilegal

L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores?

L32. ¿Cuántos días en total ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas?

A.Últimos 6 Meses **B.** 30 Días

FAMILIA/RED SOCIAL: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.

F1. ¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? ☐ ☐

-Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto

[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]

NOTA: Para F3 - F9:

A. Se refiere a la pareja o cónyuge

B. Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia
ej. padres, abuelos, hermanos,
hijos adultos, tíos, primos

C. Se refiere a cualquier amigo íntimo

En los últimos 30 días, ¿Ha:

(1 - Sí, 0 - No)

F3. pasado tiempo (en persona) con (su / cualquier):

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro):
-Si F3+F4 = 0, vaya a F9

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6. tenido problemas de relación con:

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7. tenido discusiones con:

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?

-Incluya sólo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona? ☐ 1-Sí, 0-No

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/ golpes, o arrojando objetos? ☐ 1-Sí, 0-No

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda? ☐ 1-Sí, 0-No

-ej., cura, médico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos? ☐

ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos? ☐

0 - Ninguna

1 - Leve

2 - Moderada

3 - Considerable

4 - Extrema

F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

F16. ¿Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas? ☐ 1-Sí, 0-No

F17. ¿Se siente nervioso o incómodo cuando está con otras personas? ☐ 1-Sí, 0-No

F18. ¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien? ☐ 1-Sí, 0-No

En los últimos 30 días (F19-F22):

F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa?
-Excluya grupos de autoayuda/reuniones de AA
☐ 1-Sí, 0-No

F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado? ☐ 1-Sí, 0-No

F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato? ☐ 1-Sí, 0-No

F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre? ☐
0 - Ninguna
1 - Leve
2 - Moderada
3 - Considerable
4 - Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida.

F23. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente?

-Excluya abuso sexual y codifíquelo

☐

0 → F26

F24. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ☐☐

F25. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

☐☐ Hace Años ☐☐ Hace Meses

F26. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente?

☐

0 → F29

F27. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ☐☐

F28. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

☐☐ Hace Años ☐☐ Hace Meses

F29. ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión?

-Excluya abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra

☐

0 → F32

F30. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ☐☐

F31. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

☐☐ Hace Años ☐☐ Hace Meses

F32. ¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida?

-ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra

-Excluya abuso, crímenes violentos anteriormente codificados

☐

0 → F35

F33. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ☐☐

F34. ¿Cuándo sucedió por última vez?
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'
☐☐Hace Años ☐☐Hace Meses

F35. ¿Alguna vez ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?
-Excluya grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra anteriormente codificados
☐

0 →NOTA

F36. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ☐☐

F37. ¿Cuándo sucedió por última vez?
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'
☐☐Hace Años ☐☐Hace Meses

[NOTA: si no hay historia de abuso o trauma (e.d., F23, F26, F29, F32, y F35 son todos 0-No), vaya a F40.]

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos? ☐
-Incluya pesadillas/ sueños, "flashbacks", etc.

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?
☐

00 →F45

F41. ¿Qué edades tienen sus hijos vivos, comenzando por el mayor?

Hijo 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[NOTA: Si todos sus hijos tienen 18 años o más, →F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar? ☐ 1-Sí, 0-No

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hayan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial? ☐☐ Hijos
-Incluya también acogimiento familiar por orden judicial

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo? ☐☐ Hijos

F45. En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo? ☐ 1-Sí, 0-No
-Codifique niños que pernocten con regularidad, o que hayan permanecido en casa durante períodos largos de tiempo

[NOTA: Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados? ☐☐ niños

F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con los niños (< 18) que han vivido con Ud al menos un tiempo? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el asesoramiento (p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (<18)? ☐
-asesoramiento actual o adicional

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que vd pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo? ☐ 1-Sí, 0-No

F51. ¿Alguna vez ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección del menor (SPM)? ☐ 1-Sí, 0-No

F52. ¿Alguna vez los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar? ☐ 1-Sí, 0-No

F53. ¿Alguna vez le han quitado la patria potestad? ☐ 1-Sí, 0-No
-Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial

F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor? ☐ 1-Sí, 0-No

SALUD MENTAL: Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluaciones que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.

P1. En su vida, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado debido a problemas emocionales o psicológicos? ej. en un hospital o comunidad terapéutica
☐☐ Veces

P2. En su vida, ¿Alguna vez le han prescrito fármacos para tratar problemas emocionales/ psicológicos? ☐ 1-Sí, 0-No

00 → P4

P3. ¿Cuántos días ha tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?

A.Últimos 6 Meses B. 30 Días

☐☐ ☐☐

000 → P4

P4. En su vida, ¿a cuántas consultas ambulatorias ha acudido por problemas emocionales/ psicológicos? ☐

0 → NOTA

-Incluya evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento adicional

-Incluya también consultas relacionadas = médico de atención primaria por problemas psicológicos, y monitorización de psicofármacos

- 0 - Ninguna
- 1 - 1-5 consultas
- 2 - 6-25 consultas
- 3 - 26-50 consultas
- 4 - más de 50 consultas

P5. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha tenido?

A.Últimos 6 Meses B. 30 Días

☐☐ ☐☐

000 → NOTA

[**NOTA:** Si P1, P2, P4 son todas 0-No, es decir, no historia de tratamiento psiquiátrico, vaya a P7]

P6. ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió un tratamiento o fue evaluado por problemas emocionales o psicológicos? Años

P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica? ☐ 1-Sí, 0-No

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que vd puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez en su vida se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran sólo en los últimos 30 días.

Codificación para A/B:

- 0 - No
- 1 - Sí
- 2 - Sí, pero sólo estando intoxicado o en abstinencia

[**NOTA:** Si el paciente reconoce un síntoma, es decir, "Sí", **pregúntele:** "¿Estuvo así **SÓLO** cuando estaba intoxicado o en abstinencia?" y codifique 1 ó 2 según corresponda.]

(P8 - P17):

A. A lo largo de su vida
B. En los últimos 30 días
C. Hace cuántos días por última vez ?

Ha tenido/Se ha sentido (alguna vez):

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. problemas para dormirse, permanecer dormido* o despertarse demasiado temprano?

-*dormir toda la noche

P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha tenido/Se ha sentido/Ha (alguna vez):

P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P11. alucinaciones?

-oír o ver cosas que otras personas no podían oír o ver

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P12 0 → 12

P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causar problemas?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P13

P13. (desde los 18 años) dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P14 0 → 14

P14. (desde los 18 años) empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P15 0 → 15

P15. pensado seriamente en suicidarse?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P16	0 → 16	

P16. intentado suicidarse?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P17	0 → 17	

P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente?

-ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Especifique:.....

[NOTA: Si P9 - P17 son todos 0-No, es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días, vaya a P21]

(P18 - P20) En los últimos 30 días:

-Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18 - P21

P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos? ☐☐ Días

P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales? ☐☐ Días

P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos? ☐

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

I15. Hora de finalización: ☐☐ ☐☐

PUNTUACIÓN DE VALIDEZ/ FIABILIDAD GLOBAL PARA EL ENTREVISTADOR:

Valore la capacidad aparente y la buena voluntad del entrevistado para comprender las preguntas, proporcionar estimaciones exactas y reflexivas, y responder honestamente. En general, la información proporcionada por el entrevistado es:

1-Mala, 2-Regular, 3-Buena ☐

Mala: muchos ítems fueron respondidos muy inexactamente, fueron rechazados y/o el perfil es contradictorio o sin sentido

Regular: numerosas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, pero el perfil global parece razonable con la excepción de 1 ó 2 áreas problema

Buena: algunas/pocas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, el perfil general parece ser un buen reflejo del entrevistado

LISTA DE ALCOHOL Y DROGAS

Alcohol - cerveza, vino, sidra, destilados (bebidas blancas), licores, etc.

Marihuana - cannabis, hachís, THC, "hierba", "maría", "costo", "chocolate", "porros", etc.

Sedantes - benzodiacepinas, Valium, Trankimazin, Tranxilium, Dorken, Lexatin, Halcion, Rohipnol, Orfidal, Idalprem, barbitúricos, etc.

Cocaína - "crack" o cocaína base, "speedball", etc.

Estimulantes - anfetamina, metanfetamina, Rubifen, Concerta, "speed", "cristal", "hielo", "monster", "crank", etc.

Alucinógenos - LSD, "ácido", "blotter", PCP, "polvo de ángel", "polvo", STP, DMT, mescalina, psilobice, hongos, MDMA, éxtasis, "X", "green", etc.

Heroína - caballo, jaco, brown sugar, chinos

Metadona - Metadona, LAAM, buprenorfina.

Otros Opiáceos - Analgésicos: morfina, opio, codeína, fentanilo, etc.

Inhalantes - pegamento, óxido nitroso (gas hilarante), nitrato de amilo, "poppers", disolventes, gasolina, etc.

Otros - anabolizantes esteroideos, efedrina, pseudoefedrina, hipnóticos o anorexígenos no prescritos, otros medicamentos no prescritos, desconocido, etc.

PRINCIPALES GRUPOS DE PROFESIONES

1. Profesiones especializadas y técnicas

(p.e. ingenieros, informáticos, investigadores, científicos, profesionales de la salud, trabajadores sociales, religiosos, profesores, abogados, artistas profesionales, animadores profesionales y atletas)

2. Ejecutivos, administrativos o directivos

(p.e. directores, gerentes, contables)

3. Ventas

(p.e. vendedores de seguros e inmobiliarias, comerciantes, cajeros)

4. Oficinistas y apoyo administrativo

(p.e. supervisores de oficinas, operadores de ordenador, secretarías/os, recepcionistas, oficinista de cualquier tipo, mensajeros-carteros, tasadores, cajeros de banco, profesores de apoyo)

5. Producción precisa, oficios y reparaciones

(p.e. mecánicos, reparadores de equipación, trabajadores de la construcción, instaladores de moquetas, albañiles, electricistas, pintores, trabajadores del metal, tapiceros, ensambladores de equipos electrónicos, carniceros, panaderos, calibradores, operadores de plantas y sistemas-agua y residuos, centrales eléctricas)

6. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores

(p.e. trabajadores del metal, plástico y la madera, operadores de maquinaria textil, soldadores, cortadores, ensambladores, clasificadores)

7. Transportistas y mudanzas

(p.e. conductores de todos los tipos, trabajadores de aparcamientos, gruistas, marineros)

8. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones

(p.e. pescadores, jardineros, trabajadores forestales y leñadores, ayudantes de mecánico, ayudantes de la construcción, ayudantes de producción, basureros, reponedores y botones)

9. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico

(p.e. servicios de protección –bomberos, policías, guardias; servicios de alimentación– cocineros, preparación de comida, ayudante de mostrador, camarero; servicios de salud –auxiliares de dentista, de enfermería; limpieza y mantenimiento– porteros, camareras

de hotel y sus supervisores; servicios personales –peluqueros, acomodadores, encargados de sala, ayudantes de servicios sociales, cuidadores de niños, maleteros/mozos y sus supervisores)

10. Granjero / director de granja

11. Empleado de granja

12. Fuerzas Armadas

13. Empleado/a del servicio doméstico

(p.e. niñera, mayordomo, interna)

14. Otros

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

0 – Ninguna

1 – Leve

2 – Moderada

3 – Considerable

4 – Extrema

3.3. Instrumento de seguimiento (ASI-6-FU)*

INFORMACIÓN GENERAL

Esta es una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida-salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc.

Si el intervalo de seguimiento o el marco temporal de referencia de la entrevista es ≤8 meses: Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días mientras que otras se refieren al tiempo desde EVENTO/FECHA.

O

Si el seguimiento/marco temporal es >8 meses: Algunas preguntas generales se refieren al tiempo desde EVENTO/FECHA, y las preguntas más específicas se refieren a los últimos 6 meses, desde....., y a los últimos 30 días.

Toda la información que Vd. nos dé es confidencial (explicar con precisión) **y será utilizada para** (explicar el propósito). **Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígamelo.** La entrevista dura aproximadamente media hora. **¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?...** Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

Nombre del paciente:

I1. N° identificación del paciente:

Nombre del entrevistador:

I2. N° identificación del entrevistador:

O

I3. N° identificación del observador:

I4. Fecha de entrevista:

I6. Marco temporal de la entrevista:
Desde:

I7. Hora de inicio: :

I9. Fecha de nacimiento:

(Edad:.....)

I12. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Casado/a
2. Vive como si estuviera casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Separado/a
6. Nunca casado/a

E F M A M J J A S O N D

ALOJAMIENTO

Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado.

[NOTA: 1 mes = 30 días]

A1. Desde [EVENTO/FECHA]
¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

* © 2004 University of Pennsylvania - Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo 2006

	A. N° noches en los últimos.....días	B. N° noches en últimos 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-S, 0-N	000 → A2	
0 → A8		

Desde
¿cuántas noches estuvo en:

	A. N° noches en los últimos.....meses	B. N° noches en últimos 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-S, 0-N		

A2. unidad residencial
para alcohol o drogas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → Siguiente		

A3. servicio de hospital general
distinto de psiquiatría?

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

A4. servicio de psiquiatría?

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

A5. comisaría / prisión?

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

A6. piso protegido intermedio ?

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

A7. otro tipo de alojamiento
restringido o supervisado?

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

Qué tipo?
.....

A8. Desde.....
¿cuántas noches ha estado en un
albergue para gente sin hogar?

	A. Últimos.....meses	B. 30 Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → A9		

A9.
¿cuántas noches ha pasado en la
calle, o en lugares como edificios
abandonados, coches o parques porque
no tenía otro lugar para quedarse?

	A. Últimos.....meses	B. 30 Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → NOTA		

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los
últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue),
vaya a Estado de Salud Física.]

A11. En los últimos 30 días (cuando
NO estaba en un alojamiento
restringido/supervisado o albergue),
¿ha vivido con (... alguien más)?
[Señale todas las que correspondan]

- ☐ 1. Solo
- ☐ 2. Cónyuge/Pareja
- ☐ 3. Hijo/s < 18 años
- ☐ 4. Padres
- ☐ 5. Otros familiares adultos
- ☐ 6. Otros adultos no familiares
- ☐ 7. No contestado

A12. En los últimos 30 días (cuando NO
estaba en un alojamiento restringido/
supervisado o albergue), ¿ha vivido
con alguien que tenga actualmente
problemas con el alcohol o que
consuma drogas? ☐ 1-Sí, 0-No

SALUD FÍSICA

Las siguientes preguntas se refieren a su
salud física.

SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?
[Señale todas las que correspondan]

- ☐ 1. Ninguno
- ☐ 2. Seguro privado (ASISA,
IMESA, Sanitas...)
- ☐ 3. Seguro de salud de las
Fuerzas Armadas, MUFACE
- ☐ 4. Seguridad social (Régimen normal)
- ☐ 5. Seguridad social
(Régimen pensionista)
- ☐ 6. Otro (especifique:)
- ☐ 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

SF2. ¿Está embarazada?
☐ 1-Sí, 0-No, 2-No Sabe

SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión
(o paga) por una enfermedad o
discapacidad física? ☐ 1-Sí, 0-No
- Excluir discapacidad psiquiátrica

SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo
diría que ha sido su salud física?

0. Excelente
1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala

(SF20-SF23) En los últimos 30 días:

[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]

SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física? ☐☐ Días
ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad
- incluir problemas dentales

SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física?
☐☐ Días

[NOTA: Presentar la Escala de Evaluación del Paciente.]

SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado? ☐

0. Ninguno
1. Leve
2. Moderado
3. Considerable
4. Extremo

SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos? ☐

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

SF24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física? ☐

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

SF26. Desde [EVENTO/FECHA] ¿ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física?

<input type="checkbox"/> 1-S, 0-N 0 → SF27	A. N° Días en los últimos.....meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 000 → SF27	B. N° Días en últimos 30 días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---

SF27. Desde. ¿ha tomado la medicación prescrita para una enfermedad física?
-No incluir medicación para problemas de alcohol/drogas/ psiquiátricos.

<input type="checkbox"/> 1-S, 0-N 0 → SF28	A. N° Días en los últimos.....meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 000 → SF28	B. N° Días en últimos 30 días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---

SF28. Desde ¿ha acudido a consultas ambulatorias con un médico u otro profesional sanitario?
ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.
-No incluir tratamiento para alcohol/ drogas o psiquiátrico.

<input type="checkbox"/> 1-S, 0-N 0 → E/R	A. N° Días en los últimos.....meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 000 → E/R	B. N° Días en últimos 30 días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---

EMPLEO/RECURSOS

Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.

E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral? ☐
ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.

0. No,
1. Tiempo parcial,
2. Tiempo completo

E6. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
☐ 1-Sí, 0-No

E7. ¿Tiene coche propio? ☐ 1-Sí, 0-No

E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta sólo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

E9. ¿Lee/escribe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo? ☐ 1-Sí, 0-No

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]

☐ 1. Tiempo completo (335 hrs/sem), → E12

☐ 2. Tiempo parcial (< 35 hrs/sem), → E12

☐ 3. Paro y buscando empleo activamente (suspendido temporalmente por falta de trabajo) → E14

☐ 4. Fuera del mercado laboral -no está trabajando y no está buscando empleo activamente

E11. [Si está fuera del mercado laboral] ¿Cuál describe mejor su situación actual? [Señale una, → E17]

☐ 1. Ama de casa

☐ 2. Estudiante

☐ 3. Incapacitado

☐ 4. Jubilado

☐ 5. No busca empleo

☐ 6. Institucionalizado

☐ 7. Otro

E12. ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)? (Especifique).....

[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]

01. Profesiones especializadas y técnicas

02. Ejecutivos, administrativos y directivos

03. Ventas

04. Oficinistas y apoyo administrativo

05. Producción precisa, oficios y reparaciones

06. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores

07. Transportistas y mudanzas

08. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones

09. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico

10. Granjero / director de granja

11. Empleado/a de granja

12. Fuerzas Armadas

13. Empleado/a del servicio doméstico

14. Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo sumergido? ☐ 1-Sí, 0-No

[E17/NOTA: Para E17 (semanas trabajadas durante el seguimiento), E18 y E25b-E30b (€ durante el seguimiento): Si el intervalo de seguimiento es ≤ 8 meses, pregunte por todo el tiempo. Si el intervalo de seguimiento es > 8 meses, pregunte por los últimos 6 meses.]

E17. En los últimosmeses, ¿cuántas semanas ha trabajado remuneradamente?

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido Max = 34

Semanas

00 → E22

E18. En los últimos meses, ¿cuál era su sueldo bruto? €

(E19-E22) En los últimos 30 días:

E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamente?

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido

Días

00 → E22

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto? €

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas laborales? Días
-ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias laborales, etc.

E22. ¿Ha solicitado algún empleo? ☐ 1-Sí, 0-No
ej. enviado el currículum, rellenado una solicitud de empleo, hablado con un contratador potencial

E23. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. ahora cualquier tipo de orientación laboral (como asesoramiento, formación o educación) que le ayude a encontrar un empleo o a solucionar los problemas relacionados con el trabajo?

-asistencia adicional a cualquiera que esté recibiendo ya

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a sus fuentes de ingresos y recursos económicos.

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por el gobierno o recibe algún tipo de subvención para la vivienda? ☐ 1-Sí, 0-No

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido de:

E25. pensión, seguridad social, o paro? ☐☐☐☐☐€

E25b. ... últimos meses? ☐☐☐☐☐€

E26. servicios sociales? ☐☐☐☐☐€
p.e. subsidio social, ONGs

E26b. ... últimos..... meses? ☐☐☐☐☐€

E27. otras ayudas institucionales? ☐☐☐☐☐€
p.e. alimentación, facturas luz, agua...

E27b. ... últimos..... meses? ☐☐☐☐☐€

E28. pensión alimenticia y compensatoria? ☐☐☐☐☐€
-del padre/madre de los hijos o ex-cónyuge

E28b. ... últimos..... meses? ☐☐☐☐☐€

E29. actividades ilegales? ☐☐☐☐☐€
p.e. tráfico de drogas, prostitución, juego ilegal, venta de objetos robados

E29b. ... últimos..... meses? ☐☐☐☐☐€

E30. cualquier otra fuente? ☐☐☐☐☐€
p.e. préstamo/ayuda de familiar o de otros, ingresos imprevistos (herencia, impuestos, lotería, etc.)

E30b. ... últimos meses? ☐☐☐☐☐€

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de ingresos para los gastos de vivienda, alimentación y otros gastos?
[Señale todas las que correspondan]

- ☐ 1. Empleo
- ☐ 2. Jubilación
-ej. plan de pensiones privado, seguridad social
- ☐ 3. Incapacidad
-ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad
- ☐ 4. Paro
- ☐ 5. Servicios sociales
- ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs
- ☐ 6. Pensión alimenticia o compensatoria
- ☐ 7. Familia, amigos o asociados
- ☐ 8. Ingresos ilegales
- ☐ 9. Institución o alojamiento supervisado
-p.e. hospital, comunidad terapéutica, piso protegido, centro de acogida, etc.
- ☐ 10. Otros, ej. ahorros, etc:
Especifique:.....
- ☐ 11. Ninguno

E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de sus pagos habituales?
p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia, otros (facturas médicas, costes de juicios, préstamos personales)
☐ 1-Sí, 0-No

E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen actualmente de usted económicamente? ☐
ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos, pensión de manutención a hijos
-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus necesidades básicas como

vivienda, alimentación y vestido, y las de las personas a su cargo?

☐ 1-Sí, 0-No

- Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

DROGAS / ALCOHOL

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.

Tratamiento

Desde [EVENTO/FECHA], ha:

D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta?

	A. N° Días en los últimos.....meses	B. N° Días últimos 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-S, 0-N	000 → E/S	
0 → D5		

D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas?

ej. metadona, naltrexona, previa, medicación de desintoxicación, etc.

-Excluya fármacos para la dependencia nicotínica

	A. N° Días en los últimos.....meses	B. N° Días últimos 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-S, 0-N	000 → D6	
0 → D6		

D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA?

	A. N° Días en los últimos.....meses	B. N° Días últimos 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-S, 0-N	000 → D12	
0 → D12		

Uso de Alcohol

D12. Desde [EVENTO/FECHA], durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía? ☐

0. Abstinente (☐ D20)

- 1-3 veces al mes
- 1-2 veces a la semana
- 3-6 veces a la semana
- Diariamente

D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol? ☐☐☐

000 → D20

D14. ¿Cuándo bebió por última vez? ☐☐
[00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]

D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día? ☐☐

D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? ☐☐☐☐☐€

Sintomatología Alcohólica

En los últimos 30 días:

D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? ☐ 1-Sí, 0-No

D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo? ☐ 1-Sí, 0-No

D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? ☐ 1-Sí, 0-No

D20. ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted? ☐ 1-Sí, 0-No

D21. ¿Cuántos días tuvo estas u otras dificultades debido al consumo de alcohol? ☐☐☐

000 → D23

D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos

problemas relacionados con el alcohol?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

D23. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

D24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?

- 0 - Ninguna
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Considerable
- 4 - Extrema

TABLA DE USO DE DROGAS-SUSTANCIAS INDIVIDUALES

[NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y díglele:]

Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:

D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió

E. En los últimos 30 días, ¿consumió ([0]-sólo lo prescrito [tratamiento], o [1]-ilegalmente o más de lo prescrito [no como tratamiento])?

[NOTA: Si el paciente dice que no consumió en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), vaya a la siguiente sustancia (D26-D).]

D. ¿Consumo en los últimos 30 días?

[00 → siguiente D]

- | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| D25. Marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D26. Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D27. Cocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D28. Estimulantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D29. Alucinógenos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D30. Heroína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D31. Metadona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D32. Otros Opiáceos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D33. Inhalantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)?

[0-como prescrito, 1-no como prescrito]

- | |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

CONSUMO DE DROGAS-ASPECTOS GLOBALES

D38. Desde [EVENTO/FECHA]

....., en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia las consumía?

0. No Consumo 0 → D45
1. 1-3 veces al mes
2. 1-2 veces a la semana
3. 3-6 veces a la semana
4. Diariamente

D39. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita? ☐

D40. ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abusó de la medicación prescrita? ☐☐
-00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.

D41. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? ☐☐☐☐☐☐€
-Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (e.j. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

En los últimos 30 días:

- D42. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga? ☐ 1-Sí, 0-No
- D43. ¿Ha tenido alguna problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga; o ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla? ☐ 1-Sí, 0-No
- D44. Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? ☐ 1-Sí, 0-No
- D45. ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted? ☐ 1-Sí, 0-No
- D46. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas? ☐☐☐
000 → D48
- D47. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas? ☐
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema
- D48. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas? ☐
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

- D49. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)? ☐
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

CONDUCTAS DE RIESGO

[NOTA: Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

- D52. ¿Se ha inyectado drogas en los últimos 30 días? ☐ 1-Sí, 0-No
- D53. ¿Desde, ha compartido jeringuillas o material para inyectarse? ☐ 1-Sí, 0-No
☐☐ Hace cuantos meses
-Si No, codifique 0 → D54
-Si en el último mes, codifique 00 hace meses
- D54. En los últimosmeses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales? ☐☐
- D55. ¿Desde, se ha hecho la prueba del VIH/SIDA? Hace: ☐ 1-Sí, 0-No
☐☐ Hace cuantos meses
-Si No, codifique 0 → D58
-Si en el último mes, codifique 00 hace meses

TABACO

- D58. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumió tabaco de otras formas)? ☐☐

JUEGO PATOLÓGICO

- D60. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego

como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragaperras, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal? ☐☐

SITUACIÓN LEGAL

Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.

L1. Desde [EVENTO/FECHA]

....., ¿ha estado en el calabozo / cárcel, incluso unas pocas horas? ☐ 1-Sí, 0-No

L2. Desde..... ¿ha sido detenido?

☐ 1-Sí, 0-No

0 → L16

Pre-B. ¿Le han detenido por en los últimos meses?

[NOTA: Si No, codifique 00 en B. y vaya al siguiente ítem]

B. ¿Cuántas veces?

B. N° Detenciones
últimos meses

L7. Posesión de drogas? ☐☐
-o material relacionado (parafernalia)

L8. Venta o fabricación de drogas? ☐☐
-venta incluye tráfico/ distribución

L9. Robo? ☐☐
-robo con fuerza o con amenazas de fuerza

L10. Otros delitos contra la propiedad? ☐☐
-hurtos en tiendas, robos
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo,
provocación de incendios, allanamiento

L11. Delitos violentos? ☐☐
-agresión, violencia doméstica, violación, homicidio

L12. Posesión de armas, prostitución*, o juego ilegal? ☐☐
-*incluye proxenetismo, € por sexo, pornografía

L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)..? ☐☐
- alcohol o drogas

L14. Cualquier otro delito penal? ☐☐
-violación de la libertad provisional o condicional,

escándalo público, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc.

L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez?
[Codifique 00 si en el último mes (30 días)]

Años ☐☐ Meses ☐☐

L16. Desde ¿cuántas veces le han condenado por un delito? ☐☐ Veces
-ej. libertad provisional, encarcelamiento, multas

Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones? ☐ 1-Sí, 0-No

L19. Libertad provisional

L20. Libertad condicional

L21. Pendiente de juicio o cargos

L22. Pendiente de sentencia

L23. Participando en un programa de reinserción

L24. Otros
-ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitorización electrónica.

L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales? ☐

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

(L26- L30 y L32):

Pre-A. Desde [EVENTO/FECHA] ¿ha (1-Sí, 0-No)

[NOTA: Si No, codifique 0 en Pre-A y vaya al siguiente ítem. Si Sí, codifique 1 y pregunte número de días para A/B]

L26. vendido o fabricado drogas?
- tráfico o distribución para obtener dinero, sexo o cualquier otro beneficio

Pre-A A.N° Días en los últimos.....meses B. N° Días últimos 30 Días
☐ ☐☐☐ ☐☐

0 → L27 000 → L27

L27. robado a alguien?

Pre-A A. N° Días en los B. N° Días
últimos.....meses últimos 30 Días
☐ ☐☐☐ ☐☐
0 → L28 000 → L28

L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios?

☐ ☐☐☐ ☐☐
0 → L29 000 → L29

- L28c.... hurtos en tiendas ☐☐☐
L28d.... robos / allanamientos ☐☐☐
L28e.... robo de vehículos ☐☐☐
L28f....falsificación ☐☐☐
L28g....fraude ☐☐☐
L28h....vandalismo ☐☐☐
L28i....provocado incendios ☐☐☐
L28j....otros delitos de robo/
contra la propiedad ☐☐☐

L29. amenazado o agredido a alguien?

-con o sin armas; incluya violencia doméstica, violación y homicidio
-excluya robo

☐ ☐☐☐ ☐☐
0 → L30 000 → L30

- L29c. ...amenaza sin
agresión física ☐☐☐
L29d. ...agresión con arma ☐☐☐
L29e. ... agresión sin arma ☐☐☐
L29f. ... agresión sexual ☐☐☐
L29g. ... homicidio ☐☐☐
L29h. ... otros ☐☐☐

L30. cometido algún otro acto ilegal?

-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc.
[excluya uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]

☐ ☐☐☐ ☐☐
0 → L31 000 → L31

- L30c. ...tenencia ilícita de armas ☐☐☐
L30d. ...prostitución/
proxenetismo ☐☐☐
L30e. ...juego ilegal ☐☐☐

L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores? ☐☐

L32. Desde, ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas?

Pre-A A. N° Días en los B. N° Días
últimos.....meses últimos 30 Días
☐ ☐☐☐ ☐☐
0 → F/S 000 → F/S

FAMILIA/RED SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.

F1. ¿Ha mantenido alguna *relación* romántica o sexual con una pareja en el último mes? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?
-Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto

[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]

NOTA: Para F3-F9:

A. Se refiere a la pareja o cónyuge

B. Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia
ej. padres, abuelos, hermanos, hijos adultos, tíos, primos

C. Se refiere a cualquier amigo íntimo

En los últimos 30 días, ¿Ha:

(1-Sí, 0-No) A. Parejas/s B. Familiares C. Amigos
Adultos Íntimos

F3.pasado tiempo (en persona) con (su / cualquier):

☐ ☐ ☐

F4.tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro):

Si F3+F4 = 0, vaya a F9

☐ ☐ ☐

F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:

☐ ☐ ☐

F6. tenido problemas de relación con:
☐ ☐ ☐

F7. tenido discusiones con:
☐ ☐ ☐

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?
-Incluya sólo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días
☐ ☐ ☐

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?
☐ ☐ ☐

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona? ☐ 1-Sí, 0-No

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/ golpes, o arrojando objetos? ☐ 1-Sí, 0-No

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda? ☐ 1-Sí, 0-No
-ej., cura, médico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global, en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos? ☐
ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

(F19-F22) En los últimos 30 días:

F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa? ☐ 1-Sí, 0-No
- Excluya grupos de autoayuda/reuniones de AA

F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado? ☐ 1-Sí, 0-No

F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato? ☐ 1-Sí, 0-No

F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre? ☐ 1-Sí, 0-No
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido desde [EVENTO/FECHA].

F23. Desde, ¿algún conocido le ha agredido o o ha abusado de usted físicamente?
-Excluya abuso sexual y codifíquelo en F26
☐ 1-Sí, 0-No
0 → F26

F25. ¿Cuándo sucedió por última vez?
-Si en los últimos 30 días, codifique '00'
☐☐ Hace Meses

F26. Desde....., ¿algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente?

☐ 1-Sí, 0-No

0 → F29

F28. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00'

☐☐ Hace Meses

F29. Desde, ¿ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión?

-Excluya abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra

☐ 1-Sí, 0-No

0 → F32

F31. ¿Cuando sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00'

☐☐ Hace Meses

F32. Desde, ¿ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida?

-ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra

-Excluya abuso, crímenes violentos anteriormente codificados

☐ 1-Sí, 0-No

0 → F35

F34. ¿Cuando sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00'

☐☐ Hace Meses

F35. Desde, ¿ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?

-Excluya grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra anteriormente codificados

☐ 1-Sí, 0-No

0 → F38

F37. ¿Cuando sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00'

☐☐ Hace Meses

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos (incluso si sucedieron hace mucho tiempo)? ☐

-Incluya pesadillas/ sueños, "flashbacks", etc.

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos? ☐

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?

☐

0 → F45

F41. ¿Cuántos de sus hijos son menores de 18 años? ☐☐

[NOTA: Si todos sus hijos tienen 18 años o más, ☐ F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar? ☐ 1-Sí, 0-No

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hayan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial?

-Incluya también acogimiento familiar por orden judicial

☐☐ Hijos

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo?

☐☐ Hijos

F45. En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo?

-Codifique niños que pernocten con

regularidad, o que hayan permanecido en casa durante períodos largos de tiempo

☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados? ☐ ☐ Niños

F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños? ☐

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con esos niños (< 18)? ☐

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el asesoramiento (p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (<18)? ☐

-asesoramiento actual o adicional

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que Vd. pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo? ☐ 1-Sí, 0-No

F51. Desde [EVENTO/FECHA], ¿ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección

del menor (SPM)? ☐ 1-Sí, 0-No

F52. Desde, ¿los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar? ☐ 1-Sí, 0-No

F53. Desde, ¿le han

quitado la patria potestad?

-Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial

☐ 1-Sí, 0-No

F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor? ☐ 1-Sí, 0-No

SALUD MENTAL:

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluación que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.

(P3 y P5):

Pre-A. Desde [EVENTO/FECHA]

....., ¿ha

[NOTA: Si No, codifique 0 en Pre-A y vaya al siguiente ítem]

P3. tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?

Pre-A	A. N° Días en los últimos.....meses	B. N° Días últimos 30 Días
1-Sí, 0-NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P5	000 → P5	

P5. tenido consultas ambulatorias?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P7	000 → P7	

P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica? ☐ 1-Sí, 0-No

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que Vd. puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez desde [EVENTO/FECHA] se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran sólo en los últimos 30 días.

Codificación para A/B:

- 0. No**
- 1. Sí**
- 2. Sí, pero sólo estando intoxicado o en abstinencia**

(P8 - P17):

- A. [Si aplicable] Desde
- B. En los últimos 30 días
- C. Hace cuántos días por última vez

P8. problemas para dormirse, permanecer dormido* o despertarse demasiado temprano?

-*dormir toda la noche

Ha tenido/se ha sentido

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

☐ ☐ ☐

P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

☐ ☐ ☐

P11. alucinaciones?

-oir o ver cosas que otras personas no podían oír o ver

☐ ☐ ☐

0 → P12 0 → P12

P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causarle problemas?

☐ ☐ ☐

P13. dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?

☐ ☐ ☐

0 → P14

P14. empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?

☐ ☐ ☐

0 → P15 0 → P15

P15. pensado seriamente en suicidarse?

☐ ☐ ☐

0 → P16 0 → P16

P16. intentado suicidarse?

☐ ☐ ☐

0 → P17 0 → P17

P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente?

-ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.

Especifique:.....

☐ ☐ ☐

[NOTA: Si todas las Bs desde P9 a P17 son 0-No (es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días), vaya a P21]

(P18-P20) En los últimos 30 días:

-Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18-P21

P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos? ☐ Días

P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales? ☐ Días

P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales? ☐

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos? ☐

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

I15. Hora de finalización: ☐☐ : ☐☐

PUNTUACIÓN DE VALIDEZ/ FIABILIDAD GLOBAL PARA EL ENTREVISTADOR:

Valore la capacidad aparente y la buena voluntad del entrevistado para comprender las preguntas, proporcionar estimaciones exactas y reflexivas, y responder honestamente. En general, la información proporcionada por el entrevistado es:

1-Mala, 2-Regular, 3-Buena

Mala: muchos ítems fueron respondidos muy inexactamente, fueron rechazados y/o el perfil es contradictorio o sin sentido

Regular: numerosas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, pero el perfil global parece razonable con la excepción de 1 ó 2 áreas problema

Buena: algunas/pocas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, el perfil general parece ser un buen reflejo del entrevistado

LISTA DE ALCOHOL Y DROGAS

Alcohol: cerveza, vino, sidra, destilados (bebidas blancas), licores, etc.

Marihuana: cannabis, hachís, THC, "hierba", "maría", "costo", "chocolate", "porros", etc.

Sedantes: benzodiacepinas, Valium, Trankimazin, Tranxilium, Dorken, Lexatin, Halcion, Rohipnol, Orfidal, Idalprem, barbitúricos, etc.

Cocaína: "crack" o cocaína base, "speedball", etc.

Estimulantes: anfetamina, metanfetamina, Rubifen, Concerta, "speed", "cristal", "hielo", "monster", "crank", etc.

Alucinógenos: LSD, "ácido", "blotter", PCP, "polvo de ángel", "polvo", STP, DMT, mescalina, psilobice, hongos, MDMA, éxtasis, "X", "green", etc.

Heroína: caballo, jaco, brown sugar, chinos

Metadona: Metadona, LAAM, buprenorfina.

Otros Opiáceos: Analgésicos: morfina, opio, codeína, fentanilo, etc.

Inhalantes: pegamento, óxido nitroso (gas hilarante), nitrato de amilo, "poppers", disolventes, gasolina, etc.

Otros: anabolizantes esteroideos, efedrina, pseudoefedrina, hipnóticos o anorexígenos no prescritos, otros medicamentos no prescritos, desconocido, etc.

PRINCIPALES GRUPOS DE PROFESIONES

1. Profesiones especializadas y técnicas
(p.e. ingenieros, informáticos, investigadores, científicos, profesionales de la salud, trabajadores sociales, religiosos, profesores, abogados, artistas profesionales, animadores profesionales y atletas)

2. Ejecutivos, administrativos o directivos

(p.e. directores, gerentes, contables)

3. Ventas

(p.e. vendedores de seguros e inmobiliarias, comerciantes, cajeros)

4. Oficinistas y apoyo administrativo

(p.e. supervisores de oficinas, operadores de ordenador, secretarías/os, recepcionistas, oficinista de cualquier tipo, mensajeros-carteros, tasadores, cajeros de banco, profesores de apoyo)

5. Producción precisa, oficios y reparaciones

(p.e. mecánicos, reparadores de equipación, trabajadores de la construcción, instaladores de moquetas, albañiles, electricistas, pintores, trabajadores del metal, tapiceros, ensambladores de equipos electrónicos, carniceros, panaderos, calibradores, operadores de plantas y sistemas- agua y residuos, centrales eléctricas)

6. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores

(p.e. trabajadores del metal, plástico y la madera, operadores de maquinaria textil, soldadores, cortadores, ensambladores, clasificadores)

7. Transportistas y mudanzas

(p.e. conductores de todos los tipos, trabajadores de aparcamientos, guistas, marineros)

8. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones

(p.e. pescadores, jardineros, trabajadores

forestales y leñadores, ayudantes de mecánico, ayudantes de la construcción, ayudantes de producción, basureros, reponedores y botones)

9. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico

(p.e. servicios de protección –bomberos, policías, guardias; servicios de alimentación– cocineros, preparación de comida, ayudante de mostrador, camarero; servicios de salud – auxiliares de dentista, de enfermería; limpieza y mantenimiento –porteros, camareras de hotel y sus supervisores; servicios personales– peluqueros, acomodadores, encargados de sala, ayudantes de servicios sociales, cuidadores de niños, maleteros/mozos y sus supervisores)

10. Granjero / director de granja

11. Empleado de granja

12. Fuerzas Armadas

13. Empleado/a del servicio doméstico

(p.e. niñera, mayordomo, interna)

14. Otros

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

3.4. Manual provisional para la administración del índice de gravedad de la adicción - ASI6

DESARROLLO DEL ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN VERSIÓN 6 - ASI6-. VISIÓN GLOBAL

El desarrollo del ASI6 (Investigador principal, Arthur I. Alterman, Ph.D.; Co-Investigadores, John S. Cacciola, Ph.D. y A. Thomas McLellan, Ph.D.) es un proyecto del Centro de Desarrollo de Instrumentos (Investigador principal, A. Thomas McLellan, Ph.D.) subvencionado por el NIDA y perteneciente al Centro de Investigación de la Adicción de la Universidad de Pennsylvania.

El ASI ha demostrado ser un instrumento válido y útil pero se desarrolló hace 25 años. Los objetivos del ASI revisado (es decir, el ASI6) incluyen eliminar algunas carencias de la versión actual del ASI (es decir, el ASI5) y ampliar la cobertura de ciertas áreas que con el paso del tiempo han demostrado ser más importantes. El instrumento revisado está más estructurado que el ASI5 y, por tanto, es ostensiblemente más fácil entrenar a los entrevistadores y aplicarlo. Su administración lleva aproximadamente el mismo tiempo que el ASI5, pero tiene una cobertura mucho más amplia.

El instrumento ha sido sometido a un proceso de desarrollo. Se obtuvo consejo y directrices de una gran variedad de expertos del propio centro y de otros centros, y varias secciones del borrador del ASI6 se desarrollaron y probaron mediante un proceso iterativo. También se han llevado a cabo estudios piloto de las versiones borrador del instrumento completo, un estudio de fiabilidad test-retest, y un pequeño estudio de validez inter-examinadores. Estos pasos nos han ayudado a refinar más el ASI6 y a desarrollar la versión que está siendo evaluada actualmente.

ESTILO DE ENTREVISTA/APROXIMACIÓN

Las preguntas escritas sirven de guía útil para la entrevista, pero no necesitan ser utilizadas literalmente siempre y cuando los conceptos y significados fundamentales se transmitan. Las notas y clarificaciones que siguen a una pregunta con "e.d.:" "ej." o "-"; u ocasionalmente incluidas entre paréntesis, deberán emplearse selectivamente como parte de la entrevista.

Durante sus primeras entrevistas utilice estas aclaraciones y notas adicionales libremente. Al utilizar estos apoyos usted desarrollará un sentido de: 1- la capacidad de comprensión y respuesta a las preguntas de los pacientes; y 2- cómo hacer que la entrevista se desarrolle normalmente y con buen ritmo, obteniendo a la vez información precisa. A medida que se sienta más cómodo con la entrevista y desarrolle ese sentido para cada paciente específico, deberá ser capaz de determinar cuántas aclaraciones hacer y dónde hacerlas.

Obtenga información más detallada si es necesario para verificar información dudosa, para asegurarse de que el paciente comprende el sentido de la pregunta, y para obtener información cualitativa que pueda ser valiosa. Por otra parte, puesto que la entrevista contiene muchas preguntas, indague en profundidad sólo cuando sea estrictamente necesario con el objeto de mantener la duración de la entrevista en una hora aproximadamente (e incluso menos tiempo en muchos casos).

NORMA GENERAL PARA LA CODIFICACIÓN DEL ASI-6

Los **saltos** se utilizan como un medio para acortar la duración de la entrevista. En el caso

de que una respuesta posterior contradiga otra previa, pida al paciente que lo aclare y, si es necesario y el patrón de salto deja de ser válido, la entrevista y la codificación deben conciliarse con la mejor información disponible. Por ejemplo, al explorar la lista de enfermedades somáticas graves o crónicas el paciente afirma que estuvo recientemente hospitalizado pero esa información no la había aportado en la sección Alojamiento (A). En este caso, se debe recabar toda la información necesaria para recodificar la sección Alojamiento (A) lo más precisamente posible.

Codifique la respuesta que represente la situación más problemática cuando se obtenga una respuesta inexacta.

Si el paciente responde con **dos opciones similares** y no se obtiene precisión exacta, por ejemplo, edad del primer consumo de cocaína “24 ó 25”, seleccione la respuesta que sea más problemática. En este caso sería un inicio de consumo más temprano y, por tanto, debería seleccionar “24”. De la misma forma, si el paciente dice que ha consumido durante “10 u 11 años”, seleccione “11” puesto que es más grave.

Si el paciente indica **un rango**, sin mayor clarificación, seleccione un punto medio del rango. Por ejemplo, el paciente dice que gana entre 300€ y 350€ en su empleo, codifique 325€. Si el rango no se puede dividir a la mitad, seleccione el número más cercano a la mitad que sea más problemático, es decir, si el paciente dice que ha estado implicado durante 3 a 6 días en actividades ilegales, codifique 5 puesto que es uno de los números intermedios (4 ó 5), y 5 es más problemático.

Si el rango que aporta el paciente requiere que usted haga un cálculo, escoja el punto medio del cálculo. Esto es, si el paciente dice que ha estado consumiendo cocaína “1 ó 2 veces por semana”, puesto que usted debe codificar los últimos 30 días de consumo, la mejor respuesta sería 6, que es el término medio entre 1 vez a la semana $\times 4 = 4$, y 2 veces a la semana $\times 4 = 8$.

Deben respetarse estas reglas generales salvo que exista gran evidencia para hacerlo de otra forma, es decir, **excepciones**. Por ejemplo, si

la norma en cuestión implicara que la información fuera inconsistente con otras respuestas teóricamente válidas aportadas en otros ítems. De la misma forma, algunos ítems, como en la sección Alojamiento (A), se relacionan entre sí y la combinación entre ellos no puede exceder los 30 días entre las distintas instituciones o alojamientos. En estos casos, la norma a seguir debe ser flexible para que el número de días no exceda al máximo permitido (30 días) entre todos esos ítems. Un ejemplo concreto: si un paciente afirma que estuvo encarcelado durante 25-30 días y en una unidad de desintoxicación durante 4 ó 5 días, Vd. no puede seleccionar 28 días en prisión y 5 días en la unidad de desintoxicación ya que, aunque se ciña a la norma, suma un total de 33 días (excediendo el máximo de días posible para ese ítem). Por eso debe calcular que la combinación de respuesta no exceda los 30 días, por ejemplo, indicando que el paciente estuvo 26/27 días en la cárcel y 3/4 días en la unidad de desintoxicación.

Otras normas de codificación de respuestas.

Estas normas se aplican tanto para la codificación como observador de una entrevista como para cuando se es el realizador de la entrevista. Cuando usted realice la entrevista obtenga tanta precisión como sea razonable para codificar el ítem adecuadamente y, al mismo tiempo, no prolongue excesivamente la entrevista o se detenga en disquisiciones superfluas o de poco valor. También es preferible, si el tiempo lo permite, que realice los “cálculos” durante el curso de la entrevista, y ofrezca su estimación al paciente para que la valide o incluso le dé una respuesta más precisa.

Los pacientes en ocasiones responden con fechas aproximadas y no con valores. Puesto que a menudo los pacientes no pueden decirle fácilmente cuántos días han hecho/experimentado algo durante los últimos 6 meses, Vd. puede encontrarse con respuestas del tipo: “Estuve en el hospital desde mayo a julio”. Asumiendo la codificación de 30 días/mes, el paciente pudo estar hasta 90 días (si es que permaneció cada día de los tres me-

ses en el hospital) o sólo 32 días (si permaneció un día de mayo, todo junio y un día de julio). Aunque no podamos obtener información precisa siempre, el rango (32-90) para el ejemplo anterior es demasiado impreciso y será necesario indagar más. Si el paciente recuerda las fechas exactas sería lo óptimo, pero esto no suele ser frecuente. Por tanto, si las fechas se desconocen, unas aclaraciones indagatorias como “¿era al principio de mayo, a mediados o a finales de mayo?” y de forma similar para el mes de julio, permitirán al entrevistador estrechar el rango de respuesta sustancialmente. Por ejemplo, la mitad de los dos meses lo acotarían a unos 60 días, o el comienzo de mayo hasta el final de julio serían unos 75-80 días. Somos reacios a establecer normas para codificar el número exacto, por lo que esperamos que este ejemplo sea bastante clarificador.

Al igual que en el ASI5, se emplea la norma de **redondeo al alza** (14 días = 1 mes, 6 meses = 1 año), EXCEPTO en las preguntas en las que se pregunta específicamente por ciertas cantidades de tiempo (es decir, abstinerente *durante al menos* 1 año).

INFORMACIÓN GENERAL

La **introducción** está diseñada para ser breve y concisa. Ocasionalmente, algunos pacientes quieren saber más y está bien responder algunas preguntas. Sin embargo, es preferible que la lea tal cual está escrita y que la mantenga breve salvo que haya razones de peso para no hacerlo.

Nombre del Paciente: Con el propósito de mantener la confidencialidad del paciente, NO escriba el nombre completo sino sólo las iniciales.

11. N° Identificación del Paciente: Escriba el número de identificación asignado al paciente, si es que tiene uno.

Nombre del Entrevistador: Escriba su nombre.

12. N° Identificación del Entrevistador: Escriba su número de identificación, si es que tiene uno.

O

13. N° Identificación del Observador: Escriba su código aquí si Vd. no está realizando la entrevista, sino que la está observando. Esto es especialmente útil cuando se estudia la fiabilidad inter-examinadores o para propósitos de entrenamiento. Los observadores NO deberán realizar preguntas durante la entrevista ni deberán comentarla con la persona que la realizó hasta que no la hayan codificado.

I2/I3- sólo se rellenará uno de los dos. Si cuando Vd. actúa como entrevistador alguien más está observando la entrevista, escriba su código en I2 y deje en blanco I3. El observador escribirá su código en I3 y dejará el I2 en blanco en su cuestionario.

14. Fecha de la Entrevista: La fecha en la que se realiza la entrevista escrita con el formato DD/MM/AAAA.

15. Fecha de Admisión (FDA): FDA en la unidad/recurso de interés.

16. Marco Temporal: Si la entrevista se realiza en “tiempo real” o con fecha de una entrevista anterior, codifique “1”. Sin embargo, si la entrevista se realiza a partir de la fecha de admisión a la unidad, codifique un “2”. Si se realiza “Anterior a otra fecha (opción 3)”, codifique un “3” y escriba la fecha en la opción 3.

Generalmente, las entrevistas (“test” y “re-test”) abarcarán el tiempo previo a la admisión a la unidad/recurso de interés (es decir, 2- Anterior a la fecha de admisión a tratamiento). La fecha de admisión es el Día 0, y generalmente no se incluye en la entrevista excepto, por ejemplo, en los pocos ítems que se refieren a la última vez que algo ocurrió, esto es, “Hace cuántos días.” Para las entrevistas ASI6 en tiempo real, el marco temporal del test es 1- Anterior a la fecha de entrevista, y para el retest es 3- Anterior a otra fecha (esto es, la fecha del primer test - los entrevistadores deben saberla). Así pues, en todos los casos, las entrevistas test y retest cubren el mismo intervalo de tiempo.

“Actual” se basa en el marco temporal de la entrevista (I6). Específicamente, el día de la entrevista no se incluye en ninguno de los ítems a excepción de aquéllos que predun-

tan “hace cuánto tiempo” o “cuándo fue la última vez”. Si el comportamiento/experiencia ocurrió en el día de la entrevista esos ítems se codifican “hace 0 días”; si fue el día previo a la entrevista “hace 01 días”; etc. Así actual significa *anterior* a la entrevista, admisión, u otra fecha tal como se indica en I6, y últimos 30 días/6 meses significa en los 30 días/6 meses anteriores a esa fecha clave.

I7. Hora de Inicio: Se refiere a la hora en que comienza la entrevista.

I8 Género: Codifique el género que observe; si es dudoso, pregunte y codifique el género biológico. Si es transexual, es decir, ha completado el cambio de sexo, codifique el género actual. Sin embargo, si “está viviendo como” el sexo opuesto pero no ha completado el cambio de sexo, codifique el género de nacimiento.

I9. Fecha de Nacimiento: Anote la fecha de nacimiento del paciente. Además, anote la edad exacta basada en la fecha de nacimiento. Esto será de gran ayuda posteriormente en la entrevista cuando haya que determinar cuándo o durante cuánto tiempo ocurrieron las cosas.

I10/I11. País de Nacimiento (del Paciente, del Padre y de la Madre)/Nacionalidad: Pregunte, no asuma. Haga saber al paciente que se acepta más de una nacionalidad.

I12. Estado Civil: Se refiere al estado civil ACTUAL. Por tanto, si el paciente se había separado o divorciado pero ahora está casado/viviendo como si estuviera casado, se codifica una de estas últimas opciones.

También es necesario hacerle saber al paciente que “vivir como si estuviera casado” es una categoría de respuesta; vivir con su pareja no implica necesariamente vivir como si estuviera casado, se trata de la propia percepción/respuesta subjetiva del paciente. Así, por ejemplo, dos pacientes diferentes pueden llevar viviendo con su pareja el último año y cada uno puede ser codificado distinto dependiendo de sus percepciones. En este sentido, si responden que están viviendo con su pareja Vd. deberá investigar su respuesta preguntándoles “¿Diría Vd. que está viviendo como si estuviera casado o no?”

Otra posibilidad para aquellos pacientes que no dan una respuesta fácilmente es leerles las diferentes categorías de respuesta y dejarles que escojan la que mejor describa su situación y codificarla si tiene sentido.

Utilice el sentido común/convenciones legales, es decir, si la persona lleva separada mucho tiempo, y no está legalmente divorciada pero se considera divorciada, esa persona, no obstante, deberá codificarse como separada puesto que esas categorías tienen dos significados y consecuencias legales diferentes. 2- Vive como si estuviera casado, puede codificarse para relaciones homosexuales. Si el paciente nunca ha estado casado, salte el ítem I13.

I13. ¿Cuánto Tiempo lleva ...: Codifique el número de años y meses que la persona ha estado en un estado civil determinado. Esta pregunta se salta si la persona nunca estuvo casada.

I14. Fuente de Derivación Principal: El paciente debe referir él mismo cuál ha sido la fuente de derivación principal a este programa de tratamiento específico. Si menciona varias fuentes, dígame que elija la *principal* que, por lo general, será la más próxima cronológicamente.

ALOJAMIENTO

Con el propósito de centrar al paciente en los 6 meses previos se facilita **la inicial de cada mes** (encima de Alojamiento) para que el entrevistador calcule los 6 meses pasados. Por ejemplo, si la entrevista se realiza el 6 de abril de 2003: A=0, M=1, F=2, E= 3, D=4, N=5, O=6, por tanto, el período de 6 meses sería desde el 5 de Octubre de 2002 hasta el 5 de Abril de 2003.

A1. Se refiere a cualquier tipo de alojamiento restringido, supervisado o estructurado (excepto Albergues que se codifican independientemente en el ítem A8). A1A (Últimos 6 meses) deberá ser igual a A2A + ... A7A. De la misma forma, A1B (Últimos 30 días) deberá ser igual a A2B +... A7B. A1B nunca deberá ser mayor que A1A.

****** Si el paciente refiere no haber permanecido ninguna noche en un ambiente restringido, supervisado o estructurado en los últimos 6 meses, salte al ítem A8A. Este es el primero de los muchos “saltos” que se han diseñado para hacer más dinámica la entrevista. No es necesario rellenar las casillas vacías con ceros.

A2. Unidad Residencial para Alcohol o Drogas: Incluye tratamiento residencial y comunidades terapéuticas además de internamiento en unidades de desintoxicación.

A3. Servicio de Hospital General distinto de Psiquiatría: Incluye hospitalizaciones por problemas médicos, no psiquiátricos o por alcohol o drogas. Los servicios hospitalarios de rehabilitación médica deberán generalmente codificarse aquí también.

A4. Servicio de Psiquiatría: Incluye hospitalizaciones por problemas psiquiátricos, noches pasadas en el servicio de psiquiatría de un hospital general. Si el paciente ha sido hospitalizado debido a problemas de alcohol/drogas y psiquiátricos, se incluirá sólo en A2.

A5. Comisaría/Prisión: Incluye la permanencia en prisión o comisaría durante al menos una noche. Un programa comunitario de excarcelación residencial/trabajo dependiente del sistema judicial penal deberá ser codificado también como comisaría/prisión (A5) si tiene una estructura similar a la de la comisaría/prisión, por ejemplo, centro cerrado, con guardias/supervisión estrecha, etc. Si el centro se parece más a un piso protegido o intermedio codifique como eso (es decir, A6).

A6. Piso Protegido o Intermedio: Se utiliza cuando el sitio es más una vivienda estructurada que un centro de tratamiento – una regla rápida y sencilla para determinarlo es que si el paciente recibe la mayor parte de su tratamiento en otro sitio o que si en la vivienda se realizan pocas/ninguna “actividades terapéuticas” distintas de autoayuda y reuniones de grupo, deberá codificarse en A6 en lugar de en unidad residencial para alcohol o drogas (A2).

A7. Incluye otras viviendas estructuradas que no encajan mejor en A2-A6. Arresto do-

miciliario y monitorización electrónica no se codifican como alojamientos restringidos/supervisados. Éstos deben codificarse en L24, puesto que implica al sistema penal.

Problema A: Escenario- El paciente pasa varias noches en la enfermería/hospital de la prisión en los últimos 6 meses. ¿Esto se contabiliza en la sección A en el apartado de comisaría/prisión o en el de hospital? Codifique estas noches en A5 comisaría/prisión (no en A3/A4, es decir, no noches en servicio distinto de psiquiatría/servicio de psiquiatría del hospital). PERO debe codificar la hospitalización bien en el apartado de hospitalizaciones a lo largo de su vida por problemas de salud física (SF25) bien en el apartado de hospitalizaciones por problemas emocionales o psicológicos (P1) para representar exactamente la gravedad a lo largo de la vida en esas áreas.

A8. Se refiere solamente a albergues para vagabundos. Alojamientos para las víctimas de la violencia de género (salvo que el centro sea para estancias a largo plazo y funcione como un piso protegido –en cuyo caso sería codificado como A6) se codificarán en A7.

A9/A10. “Ningún otro lugar para quedarse” requiere de alguna interpretación que tenga en cuenta los factores del paciente como qué está haciendo actualmente el paciente. Si, por ejemplo, se queda en casas de crack durante una o dos noches de juerga y después vuelve a su casa, generalmente no se codificará. Sin embargo, si el paciente se encuentra en un período de uso descontrolado más prolongado y ha estado viviendo con familiares/amigos pero no ha estado en “casa” durante una semana o dos, el paciente probablemente no será bienvenido, por lo que se considerarán como noches sin hogar. De la misma forma, si el paciente había estado viviendo solo, dejó el apartamento y ahora está viviendo en la calle y debe meses de alquiler, seguramente no podrá disponer de su apartamento más.

Algunos pacientes pueden afirmar que “Siempre podría quedarme en casa de mi madre o de mi hermano”, pero esto es hipotético y no hay manera de saber a ciencia cierta si realmente serían bienvenidos para quedarse en esa casa por lo que codifique esa situación

como sin hogar también. Generalmente, codifique como sin hogar otras situaciones que no sean breves estancias como en el primer ejemplo (permanecer una noche o dos en una casa de consumo de crack o en la calle consumiendo constantemente y prostituyéndose).

Alojamiento inestable, por ejemplo, dormir en casa de amigos o familiares durante periodos largos (semanas/meses) no se codifica generalmente como noches sin hogar. Si la situación de un paciente es tan inestable como para tener que ser considerada como sin hogar, probablemente terminará ocasionalmente en la calle o en un albergue y no tendrá la posibilidad de dormir semanas o meses ininterrumpidamente en las casas de amigos o familiares. En estos casos, codifique las noches en la calle o en un albergue como sin hogar.

** Si el paciente refiere haber estado sin hogar en los últimos 6 meses, salte A10. Ya sabemos que la respuesta a A10 será "sí".

** Si A1B+A8B es igual a 30 días, salte a la sección Estado de Salud Física.

A11. Personas con las que ha Vivido en los Últimos 30 Días: Codifique todas las respuestas que correspondan. Puede ser necesario indagar para obtener respuestas adicionales, puesto que los pacientes no suelen tener en mente a sus hijos o hermanos cuando responden a esta pregunta.

Vivir en una pensión, generalmente se codifica como solo (1) salvo que implique un contacto regular con otros compañeros de piso como compartir el baño, la cocina o el salón, en cuyo caso se considera mejor como viviendo con otros adultos no familiares (6). Si está divorciado/a y vive con su ex-esposa/o de una manera no romántica/sexual, se codifica también como viviendo con otros adultos no familiares (6). Sin embargo, si está viviendo con su ex-esposa/o de una manera romántica/sexual deberá codificarse como viviendo con cónyuge/pareja (2). Si un paciente dice que está separado pero está viviendo en la misma casa con su cónyuge/pareja no debería ser codificado como separado (en I12). Estas normas afectan también a F1 (relación romántica o sexual con una pareja). Si una persona ha

vivido con el cónyuge/pareja en los últimos 30 días, F1 deberá codificarse "Sí".

Si A9B es mayor que cero, si el paciente ha vivido en la calle, o en un coche, o en edificios abandonados, etc., codifique entonces con quién estuvo viviendo en A11. La mayor parte de los pacientes viven solos en la calle, pero algunas veces viven con otras personas en la calle, en edificios abandonados, etc.

A12. Vivido en los Últimos 30 Días con Personas con Problemas con el Alcohol o con Consumo de Drogas: Incluye consumo problemático y actual (reciente) de alcohol y/o drogas. Si el paciente menciona a alguien que está en rehabilitación, no le codifique como teniendo un problema actual de alcohol o uso actual de drogas. Además, es decisión del paciente determinar si alguien con el que vive tiene un problema con el alcohol. Cualquier uso de drogas por parte de las personas con las que está viviendo se codificará como (1) sí.

SALUD FÍSICA

SF1. Esta pregunta se refiere al seguro médico general.

SF2. Si el paciente es un varón, salte esta pregunta. Si es mujer pregunte independientemente de la edad.

SF3-SF14: Aunque no todas las enfermedades son lo que típicamente se considera como "crónicas", existen enfermedades/condiciones que encierran un riesgo, aunque sea mínimo, de recurrencia o discapacidad incluso aunque hayan ocurrido en el pasado y hayan remitido.

SF15/16. Otras Enfermedades Crónicas/ Discapacidad Física: Puede que no le hayan comunicado al paciente exactamente lo que padece, por ejemplo, "problemas de espalda" o "deterioro de la movilidad". Pero si un médico o sanitario menciona que tiene, por ejemplo, un "problema discal" o si le han realizado una amputación o le han implantado una prótesis articular, es decir, algún tipo de diagnóstico/procedimiento médico que apoya la validez de la enfermedad, inclúyalo enton-

ces en SF15 y/o SF16 según sea apropiado. Lo que no se incluirá son cosas como cuando el paciente dice "tengo la espalda agarrotada, probablemente tengo artritis" si nunca ha habido ningún tipo de validación, es decir, tratamiento/diagnóstico de una condición por un médico.

SF17. Medicación Prescrita. La intención es evaluar la necesidad y el cumplimiento. Si el paciente debiera estar tomando algo y no existe una buena razón para creer que la enfermedad se ha resuelto por sí sola - incluso si se le habían prescrito los medicamentos hacía mucho tiempo, deberá codificarse como 2- Sí, debería estar tomando la medicación pero no la tomo. Otra posibilidad es que un medicamento haya sido considerado como ineficaz y por tanto interrumpido por el médico, y no existe otro medicamento para tratar esa enfermedad, esto deberá codificarse como 3- Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicación ya no es necesaria (esto debería ser leído con precisión - ya no necesaria o eficaz/justificada).

SF18. Pensión - Problemas Físicos. No incluya aquí indemnizaciones laborales, éstas serán incluidas en la sección de empleo.

SF19. Salud Física en los Últimos 30 Días. El paciente deberá puntuar su salud global en los últimos 30 días. No incluir los síntomas de abstinencia.

SF20. Días con Problemas de Salud Física, Últimos 30 Días. Debe contabilizar los días en los que tuvo cualquier problema o síntomas físicos no debidos a intoxicación o abstinencia por alcohol o drogas.

SF21. Días de Incapacidad por Problemas de Salud Física. Si ha estado hospitalizado o en rehabilitación residencial por problemas de salud física esos días deberán ser considerados como días en los que fue incapaz de realizar las actividades normales debido a un problema de salud física.

SF22/24. Preguntas de la Escala de Evaluación del Estado de Salud Física. Presente la escala de evaluación al paciente (0 = Ninguno/a, 1= Leve, 2= Moderado/a, 3= Considerable, 4= Extremo/a). Estas evaluaciones se utilizan

para las preguntas SF22 a SF24 y también al final de cada sección. Las preguntas SF22-SF24 se refieren sólo a problemas de salud física, no a problemas de alcohol/drogas o psiquiátricos. La intención de la pregunta SF24 es estimar el interés del paciente en el tratamiento para los problemas que tiene actualmente, no para los problemas que puedan posiblemente aparecer en el futuro.

SF25/SF26. Hospitalizaciones/Visitas a Urgencias. Aunque una persona puede permanecer una noche en Urgencias, no se trata de una hospitalización sino que es función de cuándo/momento del día en que la persona acudió al hospital. También existen, en algunos centros, camas de 23 horas, las cuales se contemplan como no hospitalización. Esto deberá ser aclarado completamente ya que no deberá codificarse como hospitalización ni deberá tenerse en cuenta tampoco en la sección A como noche en un alojamiento restringido/servicio de hospital general distinto de psiquiatría. Las visitas a Urgencias en SF26 cuentan (y deberán ser codificadas) incluso si derivaron en hospitalización, esto es, las visitas a Urgencias se codificarán como un servicio por separado.

SF28/P5. Consultas Ambulatorias. Aunque la pregunta diga consultas, deberá codificarse el número de días en los que hubo consultas. Creemos que esto se ajusta a la aproximación básica del ASI, es decir, número de días, y es menos confuso/difícil de responder para los pacientes. Ver al médico asignado en la unidad de hospitalización, mientras que se está ingresado, no es una visita ambulatoria.

EMPLEO/RECURSOS

E5. Estudio Académico/Formación Laboral.

Se refiere a estar inscrito y acudir. Si el paciente está inscrito, es decir, ha sido aceptado con planes serios de participar en el futuro cercano, deberá codificarse también como que sí (1- Tiempo parcial ó 2- Tiempo completo), aunque no esté acudiendo en este momento. De todas formas, sea precavido puesto que muchos pacientes "planean" hacer algo y lue-

go no lo llevan a cabo. Cuanta más evidencia haya en lo que el paciente está inscrito, mejor será para decidir el código de respuesta. Por ejemplo, el paciente ha pagado toda o parte de la matrícula, el paciente ha asistido un año o un semestre y está en período vacacional programado entre año y año o semestre y semestre. [Esto significa que un “estudiante” en vacaciones de verano, debería codificarse también como que sí. De la misma forma, en E10- Situación laboral actual, si el paciente estaba en el paro y le acaban de ofrecer un empleo pero todavía no ha empezado, se codificará también como que sí (1- Tiempo completo o 2- Tiempo parcial)]

E11. Razones para estar Fuera del Mercado Laboral. Por lo general, se deberá anotar la razón que da el paciente para no estar en el mercado laboral. Si no está buscando empleo debido a problemas con el alcohol o drogas, se codificará como 5- No busca empleo (no como incapacitado -3-). Incapacidad se refiere incapacidad física o psiquiátrica, que ha sido documentada externamente o que el paciente mantiene (y puede justificar) que le impide trabajar o buscar trabajo. La incapacidad no tiene por qué ser permanente.

E12/E16. Ocupación. Si está en las Fuerzas Armadas (Ejército) codifique el nº 12- Fuerzas Armadas, no el tipo de tarea que realiza allí.

E14. Período más Largo de Empleo a Tiempo Completo. Se refiere al trabajo, en una misma empresa, en el que haya estado mayor tiempo, aunque haya ascendido o cambiado sus responsabilidades. Si el paciente ha desempeñado múltiples cargos, codifique el más reciente de ese período en E16- Ocupación.

E17. Semanas que ha Trabajado los Últimos 6 Meses. Codifique el número de semanas que ha trabajado durante esos 6 meses. Si el paciente ha trabajado sólo 1 día a la semana durante 2 semanas, se codifica como 2 semanas. Un mes equivale a 4 semanas, pero 3 meses = 13 semanas y 6 meses = 26 semanas. Por tanto, 4 meses = 17 semanas (13 semanas + 4 semanas) y 5 meses = 21 semanas. Básicamente, cualquier período de 3 o más meses es de 13 semanas más el número de semanas adicional (en los que 4 semanas

equivalen a 1 mes); siga esta lógica salvo que haya trabajado cada semana de los 6 meses, es decir, todo el tiempo, que equivaldría a 26 semanas.

E28. Pensión Alimenticia y Compensatoria. Incluya también dinero percibido de lugares de acogida. Sin embargo, dinero de la seguridad social o de los servicios sociales que sea para los niños deberá codificarse en las categorías E25 y E26 respectivamente.

E30. Dinero de Cualquiera Otra Fuente. Dinero por trabajo en prisión u otros entornos controlados no cuenta como € por empleo (E17-22) si es mejor considerarlo como ingreso adicional (e.j. paga mucho menor que el salario mínimo) en cuyo caso codifique los €, en los últimos 30 días, en E30 “dinero de cualquier otra fuente”. E30 también incluye € obtenidos por labores como actuar como jurado, participación en una investigación, etc. Estos son considerados mejor ingresos incidentales y no ingresos por empleo o trabajo.

DROGAS/ALCOHOL

Sección de Drogas/Alcohol-Algunas Aclaraciones. Si no ha bebido durante los últimos 6 meses (es decir, D12 = 0- Abstinente), salte a D20 para preguntar al paciente sobre el ansia o los impulsos de beber y continúe. De la misma forma, si no ha consumido drogas durante los últimos 6 meses (D38 = 0- No consumo), salte a D45.

D12 y D38 Consumo máximo durante los últimos 6 meses. Normas para codificar: Si, por ejemplo, tan sólo ha habido 1 semana de consumo diario. La cuestión básica es ¿debemos promediar ese consumo diario de 1 semana al peor periodo de 1 mes/30 días durante los últimos 6 meses? Generalmente haremos el promedio del máximo consumo durante un periodo de 30 días en los últimos 6 meses. Ejemplos/Escenarios:

- Si un paciente consumió diariamente durante 1 semana, y eso fue la mayoría de lo que consumió durante los 6 últimos meses, deberá codificarse como “2. 1-2 veces a la semana”

- Si consumió diariamente durante 1 semana pero además consumió 1-2 veces/semana durante otras 3 semanas durante ese periodo de 30 días/1 mes, se deberá codificar como “3. 3-6 veces a la semana”.
- Si consumió diariamente durante 2 semanas, se codifica como “3. 3-6 veces a la semana”.
- Si el paciente dice haber consumido casi todos los días del mes, es decir, 25 días o no ha consumido algún día esporádico porque no podía conseguir el dinero, entonces codifique “4. Diariamente”.

D20 y D45. Ansia/Impulsos de Consumir. La cuestión se refiere a **preocupado, intranquilo, afectado** o algo negativo debido al ansia o a los impulsos de consumir incluso si son leves. Por tanto, los recuerdos, pensamientos, sueños, no se tendrán en cuenta salvo que sean problemáticos personalmente de alguna forma – estos últimos pueden (o no pueden) considerarse como ansia dependiendo de lo que el paciente entienda por pensamientos, recuerdos, etc.

D21 y D46. Días con Dificultades debido al Alcohol/Drogas. Incluye los problemas específicos enumerados en los 4 ítems anteriores (es decir, abstinencia, control, consecuencias, ansia o impulsos de consumir) o cualesquiera otros problemas/dificultades que el paciente atribuya al alcohol o a las drogas.

D25-D33. Rejilla de Consumo:

Ejemplo de la extensión de la exploración para la Tabla de Uso de Drogas:

¿Alguna vez probó/consumió ...?

¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez ...?

Entonces, usted la consumió por primera vez cuando tenía X años, ¿Qué edad tenía cuando comenzó a consumirla de forma regular, es decir, 3 o más veces a la semana?

¿Cuántos años la consumió regularmente? (desde esos años en que empezó a consumirla regularmente, cuánto tiempo, si es que lo hubo, se mantuvo abstinentes o la consumió en muy pequeñas cantidades o menos de 3 veces por semana?), etc.

La finalidad de este ejemplo es que realmente no podemos explorar a fondo de forma rutinaria la historia de uso de drogas del paciente secuenciando cada periodo de más o menos uso o de abstinencia (casi como una línea temporal retrospectiva) que es lo que se suele hacer en el ASI5. Creemos que tal exploración exhaustiva no debería ser realizada rutinariamente en la práctica y que alargaría demasiado la entrevista. Por supuesto, explore lo suficiente como para sentirse seguro de la información que obtenga y para conseguir la información adicional necesaria.

D31B. Años de Metadona etc.: LAAM <3 veces/semana durante años; ¿Cómo codificarlo? probablemente 00 y anotarlo en D31C (≥50 veces).

D34 - D36. Sustancias de Abuso Principal, Secundaria y Terciaria: Generalmente se tiene en cuenta lo que el paciente refiere. Puede ayudar al paciente revisando con él la información que previamente facilitó. Los pacientes que se consideren a sí mismos policonsumidores (o refieren sustancias problema equivalentes) deberán ser animados a que las ordenen. De nuevo, puede ayudar al paciente revisando lo que previamente dijo.

D50. alguna vez Abstinentes >1 año: Desde que “comenzó a consumir” entendiendo por comenzar a consumir ...

La cuestión es si una persona con problemas de alcohol únicamente deja de consumir alcohol durante más de un año pero entonces empieza a consumir alcohol y cocaína y permanece consumiéndolas u, otro ejemplo, 2 años limpio de consumo de heroína que empieza a usar cocaína/alcohol y continúa.

D51. Fin de la Abstinencia: Si ha habido más de un periodo de abstinencia ≥1 año, codifique el final del periodo más reciente.

D54. Número de Parejas Sexuales: Posiblemente deba omitir la palabra “distintas” cuando pregunte. En este ítem D54 la palabra “distintas” puede ser confusa o repetitiva para algunos y posiblemente clarificadora para otros. Asegúrese de que el paciente no lo entiende como distintas de su cónyuge, y consecuentemente excluye al cónyuge al

contabilizar el número de parejas. Por tanto, lo más simple quizás sea omitir la palabra “distintas”.

D55. Última vez que realizó la prueba del VIH: Si no está seguro de que se haya realizado al paciente la prueba del VIH, codifique NN NN. Si el paciente no está seguro de haberse hecho la prueba del VIH, codifique NN NN; o codifique la última vez en la que el paciente sabe que se hizo la prueba. (Sea precavido en este ítem; algunas veces los pacientes confunden la prueba del VIH con la de la Tuberculosis o la de la Hepatitis. Tampoco lo asuma directamente, puesto que un paciente puede pensar que un análisis de sangre que realizó por razones inespecíficas o que no recuerda haya sido para el VIH).

SITUACIÓN LEGAL

L32. Días que Condujo Bajo los Efectos de Alcohol/Drogas: Hemos asumido que los pacientes no mencionarán esto en los ítems L30 o L31. Investigue las respuestas a esos ítems tanto como sea necesario hasta que usted sepa qué actividades está incluyendo el paciente. Si incluye Conducir Bajo los Efectos del Alcohol/Drogas, ayúdelo a excluirlo de esos ítems (es decir, ítems L30 y L31) y hágale saber que le preguntará por este aspecto concreto de forma separada.

FAMILIA/RED SOCIAL

F1. Relación en el Último Mes: Si un paciente tiene un cónyuge/pareja (es decir, I12 es Casado/a o Vive como si estuviera casado/a) F1 se codifica como 1- Sí (incluso si el paciente refiere/se queja que no se trata de una pareja sexual/romántica). La clave está en que si está viviendo con un cónyuge/pareja no puede estar separado (que como mínimo en parte significa algún tipo de separación física o geográfica). Esta cuestión también se relaciona con A11 (convivencia); si el paciente ha vivido con su Cónyuge/Pareja, F1 se codifica también 1- Sí.

F1-F8: En referencia a “pareja.” El paciente puede tener más de una pareja. Si esto es el caso, por ejemplo, esposa y novia formal, considere ambas cuando codifique estos ítems.

F23-F37. Ítems de Abuso/Trauma: Tenga tacto y utilice el sentido común cuando pregunte estos ítems sobre abusos/traumas. No contabilice dos veces un acontecimiento/incidente traumático. Puede haber excepciones, pero ésta es la regla general. Sin embargo, si, por ejemplo, el paciente sufrió abuso sexual y abuso físico por la misma persona, pero fueron acontecimientos/incidentes diferentes deberán codificarse ambos. En F35, traumas como ver cadáveres (p.e., personal de emergencias como en el 11M o en otras catástrofes que tengan que recoger los cadáveres), también se contabilizarán incluso si el paciente no se encontraba él mismo en una situación amenazante para su vida.

F41. Edad de los Hijos: Codifique la edad actual, no redondee al alza; si un hijo tiene menos de 1 año, codifique la edad como 00.

F43. Los hijos pueden estar en acogida familiar por orden judicial. Esto se incluye también en este ítem.

Nota después de F44/F45: La cuestión clave es “sin niños en los últimos 30 días”. No tienen que codificarse automáticamente ambos ítems como 00 ya que podría ser que hubiera que saltar F44 y que F45 fuera 00.

F46 y F47. Niños con Problemas y Servicios que Necesita para Tratarlos: Estos ítems son contingentes. Por tanto, si no hay problemas (F46) no puede haber necesidad de servicios (F47). No hay un patrón de salto, por lo que los dos ítems pueden servir de comprobación. En concreto, si F46 es 00, reformule y pregunte F47 – si responde F47 con otra respuesta distinta de 0- Ninguna, clarifique ambas F46 y F47. Si existe una contradicción en las respuestas del paciente aclárelo.

SALUD MENTAL

P4/P5. Consultas Ambulatorias: Incluye evaluaciones, terapia/asesoramiento individual/de

grupo así como monitorización del tratamiento psicofarmacológico, etc. Debe estar enfocada a un problema psicológico/psiquiátrico.

P8. Problemas de Sueño en los Últimos 30

Días: Este ítem no deberá ser considerado como un problema emocional o psicológico en los ítems P18 a P21. Por tanto, debe advertir al paciente de esto. Esto también implica que la “Nota” que sigue al ítem 17 debe ser leída cuidadosamente, “Si todas las B desde P9-P17 son 0- No, es decir, no hubo problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días, salte al ítem P21”.

P8-P17 Síntomas de Sueño y Psiquiátricos:

Estas preguntas pueden ser leídas literalmente. En algunos ítems (P9, P10, P13, P14) las palabras en paréntesis se refieren a las preguntas a lo Largo de la Vida (columna A). Las preguntas P9 y P10 se pueden leer tal y como están escritas incluyendo las palabras entre paréntesis para a lo Largo de la Vida. Para los Últimos 30 Días, excluya las palabras en paréntesis y añada “algún día”.

Para P8-P17, si el paciente responde “Sí”, salvo que aclare completamente su respuesta con suficiente información, deberá preguntársele “¿Se ha sentido así SÓLO cuando estaba colocado o en abstinencia, o también en otras ocasiones?” Codifique apropiadamente basándose en información de calidad o en la respuesta obtenida tras la indagación más profunda.

P14. Violencia Física: En algún momento amenazar a alguien puede cruzar la línea y ser contabilizado aquí. Claramente, si el paciente amenaza a alguien con un arma deberá codificarse aquí y L29- amenazado o agredido a alguien? deberá codificarse apropiadamente (si cumple el marco temporal). Las amenazas que implican intimidación física probablemente deberían codificarse en ambos ítems también, es decir, bloquear una puerta y gritar, perseguir a alguien con la intención de cogerle y hacerle daño. Finalmente, las amenazas exclusivamente verbales de cierta intensidad se codificarán en L29 pero no en P14 (probablemente deberán codificarse en P13).

CUESTIONES MISCELÁNEAS QUE AFECTAN A VARIAS SECCIONES

Unidad de Diagnóstico Dual: La intención es no contabilizar doblemente. Una Unidad de Diagnóstico Dual se considerará como un tratamiento para abuso de sustancias. Las consultas psicológicas/psiquiátricas en una Unidad de Diagnóstico Dual o en otras unidades de internamiento no contarán como consultas psiquiátricas ambulatorias en el ASI6. Sin embargo, la medicación recibida para problemas psicológicos/psiquiátricos en una unidad de diagnóstico dual o en otra unidad de internamiento se contabilizará en medicación psiquiátrica. Por tanto, aunque pueda parecer contradictorio, un paciente puede haber recibido medicación psiquiátrica y tener codificada una edad del primer tratamiento psiquiátrico (P6) aunque los ítems de tratamiento psiquiátrico hospitalario (P1) y ambulatorio (P4) estén codificados como 0.

Medicación para el Sueño, salvo prescrita rutinariamente o claramente prescrita para los síntomas de abstinencia, se codificará en medicación psiquiátrica. Esta medicación se prescribe a menudo rutinariamente en las unidades de hospitalización (somática, psiquiátrica o de alcohol y drogas) y algunas veces también se prescribe para controlar la abstinencia en los centros de alcohol y drogas. Si la indicación son los síntomas de abstinencia se puede codificar en medicación prescrita para tratar un problema de alcohol/drogas, pero deja abierta la cuestión de dónde se debería codificar si la indicación es una prescripción rutinaria para dormir y no síntomas de abstinencia ni psiquiátricos (p.e., ansiedad, depresión).

Consultas Ambulatorias (Somáticas, Alcohol y Drogas, Psicológicas/Psiquiátricas):

NORMA GENERAL: si hay consultas o citas por problemas somáticos, de alcohol y drogas, o psicológicos/psiquiátricos en una unidad de internamiento/residencia o en la prisión éstas NO se contabilizarán como consultas ambulatorias. Por ejemplo, una consulta con el médico por un problema somático en la cárcel no se cuenta en consultas ambulatorias por problemas de salud física en los últimos 6

meses / 30 días. Otro ejemplo, consultas psicológicas/psiquiátricas en una unidad de internamiento/residencial para alcohol y drogas no contabilizarán como consultas psiquiátricas ambulatorias a lo largo de la vida / últimos 6 meses / 30 días. El otro caso es el de una persona que recibe tratamiento para su adicción mientras está en la cárcel (algunas veces existen unidades separadas, es decir, programas dentro de la propia cárcel). Este tipo de

tratamiento deberá contar como episodios de tratamiento en la sección Drogas / Alcohol. Si el tratamiento es reciente, es decir, en los últimos 6 meses, se deberá codificar como ningún día de tratamiento para alcohol y drogas residencial/internamiento o ambulatorio puesto que se contabilizará como días en prisión (aunque los grupos de autoayuda sí se codificarán).

4. Teen-ASI

El índice de gravedad de la
adicción para adolescentes
(T-ASI, Teen Addiction Severity Index)

4.1. Introducción y propiedades psicométricas

El consumo de drogas es uno de los principales problemas de la población juvenil y adulta en España. Destacan los problemas de consumo relacionados con el alcohol y el tabaco, siendo éstas las sustancias más consumidas. Por otra parte, también se ha incrementado de forma notable, el consumo de cannabis y cocaína. De hecho, España, junto con Gran Bretaña, es el país con las tasas de consumo de cocaína más altas. Esto ha supuesto que la demanda de tratamiento por abuso de cocaína se haya incrementado de forma muy importante en nuestro país durante los últimos años, siendo España y Holanda, los países con mayor porcentaje de demandas de tratamiento de Europa (1). Estos datos han sido confirmados en el último informe de Naciones Unidas, en donde se muestra que España es el país con las tasas más altas de abuso de cocaína (2).

En lo referente a la población adolescente, según los últimos datos de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2006/07 del Plan Nacional Sobre Drogas, el alcohol, el cannabis y el tabaco son las sustancias más consumidas por los adolescentes de entre 14 y 18 años: el 58% consume habitualmente alcohol, el 27% tabaco y el 20% cannabis. En cuarto lugar se sitúa la cocaína, con una prevalencia anual del 1,4%; después los tranquilizantes y pastillas para dormir, anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables volátiles, con una prevalencia entre el 1% y el 2%. La edad media de inicio de estos consumos se sitúa en 13 para las sustancias legales y 14-15 para las ilegales. Llama la atención el importantísimo incremento del consumo de cannabis y, en menor grado de cocaína, durante los últimos diez años, a pesar del estancamiento

del consumo de estas sustancias en los últimos 4 años y la disminución del consumo de alcohol y tabaco.

A pesar de que estos resultados puedan resultar esperanzadores si se tiene en cuenta el consumo por grupos de edad las tasas entre los 16 y 18 años siguen siendo muy altas, disparándose a casi el doble de los consumos en el rango de los 14 a los 15.

Al mismo tiempo, se está produciendo también un incremento significativo en las demandas de tratamiento para problemas con sustancias en la población adolescente. Cada vez son más los jóvenes que acuden en búsqueda de ayuda profesional, ya sea voluntariamente o por presión de otros agentes como la familia. De todos modos, no se cuenta con datos actualizados sobre este aspecto ya que los últimos datos de los que se dispone sobre demanda de tratamiento para trastornos adictivos relacionados con el abuso y dependencia de sustancias son de 2002 (3). Estos informes indican que aproximadamente un 10% (de un total de 46.744 casos) de las demandas de tratamiento en España corresponde a jóvenes con problemas adictivos menores de 20 años.

Ante esta situación en la que nos encontramos actualmente, es necesario redireccionar los tratamientos y las evaluaciones en este grupo de población que hasta ahora se guían por las que se desarrollan para los adultos, ya que los trastornos adictivos de los jóvenes podrían estar mediados por factores distintos a los de los adultos (4). Entre otras necesidades, en España se requieren instrumentos válidos y fiables adaptados para adolescentes con el fin de llevar a cabo evaluaciones completas y

así poder planificar estrategias terapéuticas. En este capítulo se presenta la adaptación y traducción al español de uno de los más administrados y afamados para la evaluación de la gravedad de la adicción en adolescentes, el Índice de Gravedad de la Adicción (Teen Addiction Severity Index, T-ASI) de Kaminner, Bukstein y Tarter (1991).

1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN EN ADOLESCENTES

Hasta hace algunos años los modelos de conducta adictiva para adolescentes y adultos eran los mismos. Pero a principios de los 90 muchos trabajos comenzaron a preguntarse si las características de los trastornos adictivos de uno y otro grupo eran las mismas (4, 5). Estas posibles diferencias tienen implicaciones muy importantes ya que los tratamientos y su planificación para uno y otro grupo de edad deberían ser distintos. Algunas de las diferencias más relevantes que se han mencionado en la literatura son las siguientes:

- a) Diferencias en los patrones de uso. Los adolescentes tienden a realizar un consumo más ligado al tiempo de ocio que los adultos. Algunos estudios en poblaciones clínicas y comunitarias muestran que mientras que los adultos tienden a usar solamente alcohol, los adolescentes acompañan ese uso con el de otras drogas tales como el cannabis (6).
- b) Diferencias en razones para el consumo. Una de las razones que más parece afectar en el inicio y mantenimiento de los consumos de sustancias entre los adolescentes es el hecho de que estos consumos adquieren la función de distanciamiento o diferenciación del grupo normativo, aspecto que no parece tener excesiva relevancia entre los adultos (4).
- c) Diferencias en el curso de los trastornos de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Algunos trabajos han mostrado que mientras que los adolescentes pueden llegar a cumplir los criterios de dependencia o abuso tan solo un año después

de iniciado el consumo, en el caso de los adultos la evolución es más lenta (7).

- d) Diferencias en áreas de la vida afectadas. Debido a la situación económica, social e incluso psicológica y sanitaria que atraviesan los adolescentes, la evaluación ha de ser distinta (8). Por ejemplo, mientras que en los adultos es interesante evaluar la situación laboral, entre los adolescentes parece más interesante la evaluación de la situación escolar, ya que hasta los 16 años como mínimo, éstos se encuentran en período de educación obligatoria.

Todas estas diferencias deberían ser tenidas en cuenta a la hora de planificar y llevar a cabo intervenciones terapéuticas con adolescentes, ya que hasta la actualidad la mayoría de los tratamientos son los mismos que para los adultos. Un aspecto muy relevante a tener en cuenta en la planificación y elección de tratamientos es la gravedad de los problemas que los adictos presentan. Se trata de una medida muy útil debido a la exploración que realiza, ya no sólo del consumo, sino también de distintas áreas de la vida del paciente que pueden verse afectadas por los trastornos adictivos. Para este fin se han diseñado algunos instrumentos, de los cuáles, el máximo exponente, es el ASI (Addiction Severity Index) (9).

A raíz del ASI y el modelo de gravedad de la adicción, diseñado para adultos y aplicado también en adolescentes, han surgido muchos otros de entre los que nos centraremos en los destinados a la población de jóvenes con problemas de abuso y dependencia de sustancias. Todos ellos se caracterizan por seguir la estructura del ASI evaluando diferentes áreas de la vida del paciente y aportando una puntuación de gravedad para cada una de ellas. Se ha de destacar que todos ellos están en inglés excepto el Teen Addiction Severity Index, que se trata con mayor profundidad en este capítulo, y que cuenta con versiones en otros idiomas, entre ellos el castellano. Algunos ejemplos son los siguientes:

- a) La *Adolescent Drug Abuse Diagnosis* (ADAD) (10) es una entrevista estructurada de 150 ítems que evalúa estado médico, uso de alcohol y otras sustancias, estado legal,

situación y problemas familiares, situación escolar/laboral, actividades sociales y con los iguales, y estado psicológico.

- b) El *Adolescent Problem Severity Index* (APSI) (11). El APSI proporciona información respecto a las mismas áreas que el ADAD aunque no incluye la situación legal, y además, incluye información general acerca del motivo de la evaluación, si el paciente fue derivado y desde qué servicio, y si el adolescente entiende el motivo de la entrevista.
- c) Otra adaptación del ASI es el *Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents* (CASI-A) (12). Como novedades respecto a los anteriores incluye la evaluación de actividades de ocio y el posible consumo de sustancias por parte de familiares del adolescente. Además tal y como se hace en el ASI, incluye un espacio para que el evaluador puntúe la gravedad en cada área, para comentarios y para valorar la calidad de las respuestas del adolescente.
- d) El último pero no menos importante es el *Teen Addiction Severity Index* (T-ASI) (8). Es quizás el más similar en estructura y metodología de corrección y aplicación al ASI. Este capítulo tratará de dar cuenta de las principales características de este instrumento que puede ser de gran utilidad a la hora de valorar, diagnosticar y planificar tratamientos en adolescentes con trastornos de abuso y dependencia de sustancias, y más teniendo en cuenta que es el único que cuenta con traducción y adaptación a población española (13).

2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL T-ASI

El T-ASI es una versión modificada del ASI original, instrumento que está basado en diez años de experiencia y que fue diseñado para población adulta, por lo que evaluaba inadecuadamente a los adolescentes. La necesidad de desarrollar este instrumento radica en el hecho de que muchos adolescentes van al colegio, residen con sus padres, no son

económicamente independientes, y carecen de relaciones maduras (adultas). Se incluyen nuevos ítems y categorías que contemplan estos factores y que no se tenían en cuenta en el ASI.

El T-ASI fue desarrollado en 1991 por Kaminer y colaboradores con el objetivo de evaluar la gravedad de los problemas adictivos y la necesidad de tratamiento para estos en población adolescente. Varios estudios llevados a cabo por el propio Kaminer y colaboradores con muestras significativas de adolescente, han mostrado que este instrumento tiene gran utilidad clínica y buenas propiedades psicométricas.

En varios trabajos el T-ASI ha mostrado una buena fiabilidad tanto en términos de estabilidad temporal (pruebas t-retest) como consistencia interna de sus ítems. También ha mostrado buenos niveles de validez tanto de contenido, como de criterio y de constructo (8, 14). Además, ha mostrado ser de gran utilidad para fines de investigación y para la evaluación de resultados de la aplicación de tratamientos (15-19).

Por otro lado, también se ha valorado la utilidad y la validez del uso de este instrumento telefónicamente y vía internet obteniéndose resultados muy satisfactorios también en ambos casos (20).

Con respecto a la adaptación y traducción al español, ésta ha sido realizada por Díaz y colaboradores en 2006, en colaboración con el propio Kaminer. Se han seguido las normas de adaptación de tests, respetando la estructura y características iniciales del instrumento, con ligeras adaptaciones debidas a diferencias culturales. El proceso de traducción ha sido también el correcto, con dos traductores independientes y una retrotraducción al inglés por parte de un traductor profesional, todo ello con la supervisión del autor del instrumento original (13).

La traducción al español, al igual que la versión en inglés, ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, correlacionando con otras medidas externas, y una gran utilidad clínica a la hora de diferenciar adolescentes con problemas adictivos de aquellos que

no los tienen. Por lo tanto se muestra como un instrumento válido para el uso con adolescentes hispanohablantes (13).

Sin embargo, este grupo de investigación no ha llevado a cabo la traducción del manual de aplicación, por lo que en este capítulo se incluirá la traducción del manual realizada por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo, que ha dado lugar a varias comunicaciones en congresos (21-25) y será publicado en esta monografía por primera vez.

3. DESCRIPCIÓN DEL T-ASI Y CUESTIONARIO

En este apartado se presenta la traducción al castellano del Teen Addiction Severity Index de Kaminer y colaboradores (1991) llevada a cabo por Díaz y colaboradores (2007). En el ANEXO I se puede encontrar la versión traducida al español del T-ASI.

Las **características principales** de este instrumento son las siguientes:

1. Se trata de una *entrevista estructurada heteroaplicada* de 142 ítems (cara-a-cara) combinada con la oportunidad para el evaluador para aportar comentarios, puntuaciones de validez (indican si la información puede estar distorsionada), y puntuaciones de gravedad (indican cómo de severa cree el evaluador la necesidad de tratamiento o *counselling*).
2. Su *tiempo de aplicación* es breve, aproximadamente 30-45 minutos para técnicos entrenados.
3. *Población*: Adolescentes (12-18 años), y en su caso, padres o tutores del adolescente para contrastar la información.
4. Proporciona información básica sobre un adolescente antes de entrar en un programa de tratamiento para el uso de sustancias y problemas relacionados.
5. *Propósitos en la evaluación del abuso de sustancias en adolescentes*: evaluar la gravedad de la adicción, proporcionar un perfil de gravedad de la adicción a través de la puntuación de gravedad en cada área eva-

luada y hacer un seguimiento y cuantificar el cambio en los problemas comúnmente asociados al abuso de sustancias con su aplicación periódica.

6. Se compone de 7 *áreas independientes* entre sí:

- 1) Uso de sustancias (24 ítems)
- 2) Estatus escolar (20 ítems)
- 3) Empleo/soporte económico (34 ítems)
- 4) Relaciones familiares (20 ítems)
- 5) Relaciones con iguales/
sociales (18 ítems)
- 6) Estatus legal (16 ítems)
- 7) Estatus psiquiátrico (22 ítems)

7. Las distintas áreas cuentan con *tres tipos de ítems*:

a) El primer tipo se refiere a las preguntas objetivas de la entrevista, que facilitan información del estado actual del adolescente en las áreas evaluadas.

b) El segundo tipo se centra en la valoración subjetiva que el paciente realiza de sus problemas y de la necesidad de tratamiento, para lo cual se utiliza una escala de autoevaluación del paciente de 5 puntos, donde: 0 significa ninguna, 1 leve, 2 moderada, 3 bastante, 4 considerable y 5 extrema.

c) El tercer tipo son preguntas que el evaluador utiliza para valorar la veracidad de la información que el evaluado aporta.

8. La gravedad de la adicción del adolescente se evalúa en función de la necesidad de tratamiento para su problema adictivo. *La gravedad se puntúa en una escala de 0 a 4*:

0= no tiene problema, no necesita tratamiento.

1= problema leve, probablemente no necesita tratamiento.

2= problema moderado, algún tratamiento indicado.

3= problema considerable, tratamiento necesario.

4= problema extremo, tratamiento absolutamente necesario.

4. APLICACIÓN MANUALIZADA

La traducción al español del manual de aplicación del T-ASI, como ya se ha comentado anteriormente, ha sido realizada por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. Esta traducción se encuentra disponible en el Anexo II de este capítulo.

Esta traducción del manual fue realizada por la importancia que puede tener la buena aplicación de éste y cualquier instrumento en la fiabilidad interjueces. Esto quiere decir que la unificación de normas y la creación de guías para el uso de instrumentos de evaluación en forma de manuales, ayuda a la comparación de resultados entre distintas aplicaciones y aplicadores.

4.1. Corrección e interpretación

Algunos de los aspectos más relevantes a la hora de llevar a cabo la corrección e interpretación se describen a continuación, aunque en el manual se puede encontrar una descripción más detallada de las normas de aplicación y corrección (ver Anexo II).

a) Cómo calcular las Puntuaciones de Gravedad

- ☐ Para obtener la puntuación de gravedad en cada área, que oscila entre 0 (no tiene problema, no necesita tratamiento) y 4 (problema extremo, tratamiento absolutamente necesario), se suman las puntuaciones objetivas y subjetivas:
 - ☐ *Puntuaciones objetivas*: puntuar (de 0 a 2 puntos) la necesidad del paciente de tratamiento en el momento presente basándose en los **datos objetivos** solamente.
 - ☐ *Puntuaciones subjetivas*: puntuar (de 0 a 2 puntos) utilizando la **información subjetiva** de esa sección solamente:
 - ☐ Si el paciente considera que el problema es menos grave y que el tratamiento es importante, seleccione la puntuación más alta del rango (2).
 - ☐ Si el paciente considera que el problema es menos grave y que la necesidad de tratamiento es menos

importante, seleccione una puntuación media o más baja (0 ó 1).

- ☐ *Excepciones*: En casos en donde el paciente **obviamente** necesita tratamiento y no refiera tal necesidad, la puntuación deberá reflejar dicha necesidad de tratamiento. Se deben **evitar inferencias** confirmando el grado de necesidad con una exploración más profunda cuando sea necesario.
- ☐ Si el paciente ha informado que no tiene ni ha tenido problemas recientemente, y no señala ninguna necesidad de tratamiento, se debe indagar sobre la justificación de su valoración. La medida de gravedad no deberá reflejar necesidad de tratamiento, pero se ha de incluir una nota explicando la puntuación del paciente.

b) Cómo analizar la validez de la información

- ☐ Se utilizan las *puntuaciones de validez*, mediante las cuales se valora la veracidad de las respuestas del paciente y su capacidad de comprender la naturaleza y el propósito de la entrevista, es decir, si el comportamiento del paciente sugiere claramente que no responde con sinceridad o si hay discrepancias en los datos debido a informaciones contradictorias que el paciente no puede justificar.

c) Cómo llevar a cabo un seguimiento

- ☐ El seguimiento puede ser muy útil con el fin de analizar la eficacia de un tratamiento determinado. Para realizarlo solamente se deben preguntar en el T-ASI de seguimiento aquellas preguntas que tienen los números de ítem marcadas con un círculo.

REFERENCIAS

1. EMCDDA. *Annual Report 2006*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 2006.
2. UNODC. *World Drug Report. 2007* [cited; Available from: http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf

3. Plan Nacional sobre Drogas. *Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad del observatorio español sobre drogas. Informe año 2001*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2002.
4. Winters KC. *Assessment of Alcohol and Other Drug Use Behaviors Among Adolescents*. In: Allen JP, Wilson VB, eds. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers Second Edition*. Bethesda MD: NIH Publication 2003.
5. Tarter RE. *Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method*. Am J Drug Alcohol Abuse. 1990;16(1-2):1-46.
6. Center for Substance Abuse Treatment. *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol Series No. 31. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1999.
7. Martin CS, Kaczynski NA, Maisto SA, Bukstein OM, Moss HB. *Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers*. Journal of studies on alcohol. 1995 Nov;56(6):672-80.
8. Kaminer Y, Bukstein O, Tarter RE. *The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability*. International Journal of the Addictions. 1991 Feb;26(2):219-26.
9. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index*. Journal of Nervous and Mental Disease 1980;186:26-33.
10. Friedman AS, Utada A. *A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument)*. Journal of drug education. 1989;19(4):285-312.
11. Metzger D, Kushner H, McLellan AT. *Adolescent Problem Severity Index*. Philadelphia: University of Pennsylvania 1991.
12. Meyers K, McLellan AT, Jaeger JL, Pettinati HM. *The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). An interview for assessing multiple problems of adolescents*. Journal of substance abuse treatment. 1995 May-Jun;12(3):181-93.
13. Díaz R, Castro-Fornieles J, Serrano L, González L, Calvo R, Goti J, et al. *Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI)*. Addictive behaviors. 2007 Jun 9.
14. Kaminer Y, Wagner E, Plummer B. *Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI)*. American Journal on Addictions. 1993;2:250-4.
15. Burleson JA, Kaminer Y. *Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders*. Addictive behaviors. 2005 Oct;30(9):1751-64.
16. Kaminer Y. *Adolescent substance abuse treatment: evidence-based practice in outpatient services*. Current psychiatry reports. 2002 Oct;4(5):397-401.
17. Kaminer Y. *Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: a critical review*. Addictive behaviors. 2005 Oct;30(9):1765-74.
18. Kaminer Y, Burleson JA. *Correlation between ancillary community services with adolescent substance use disorders treatment outcome*. Subst Abus. 2004 Jun;25(2):15-20.
19. Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R. *Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse*. The Journal of nervous and mental disease. 2002 Nov;190(11):737-45.
20. Brodey BB, Rosen CS, Winters KC, Brodey IS, Sheetz BM, Steinfeld RR, et al. *Conversion and validation of the Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) for Internet and automated-telephone self-report administration*. Psychol Addict Behav. 2005 Mar;19(1):54-61.
21. Carballo Crespo JL, Secades Villa R, Bobes Bascarán MT, Fernández Hermida JR, García Rodríguez O. *Severity profile of substance use disorders of Spanish*

- adolescents according to Teen Addiction Severity Index (T-ASI)*. VIII ISAM Annual Meeting and Scientific Conference. Oporto (Portugal) 2006.
22. Carballo Crespo JL, Secades Villa R, Bobes Bascarán MT, García Rodríguez O, Fernández Hermida JR. *El T-ASI (Teen Addiction Severity Index): Un instrumento para la evaluación de la gravedad de la adicción en adolescentes*. IV Reunión anual de la Sepcys; 2005; Murcia; 2005.
 23. Carballo Crespo JL, Secades Villa R, Bobes Bascarán MT, García Rodríguez O, Fernández Hermida JR, Errasti Pérez JM, et al. *Translation and adaptation for Spain of the T-ASI (Teen Addiction Severity Index). Psychometric properties*. 9º European Congress of Psychology; 2005; Granada; 2005.
 24. Secades Villa R, Bobes Bascarán MT, Carballo Crespo JL, Fernández Hermida JR, García Rodríguez O. *Perfil de gravedad de la adicción en una muestra de adolescentes españoles*. XXXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 2006; Cáceres; 2006.
 25. Secades Villa R, Carballo Crespo JL, Bobes Bascarán MT, García Rodríguez O, Fernández Hermida JR, González Cuesta S. *Gravedad de la adicción y conducta delictiva en una muestra de jóvenes atendidos en programas de tratamiento de drogodependencias*. III Congreso de Psicología Jurídica y Forense; 2007; Oviedo (España); 2007.

4.2. Instrumento: Índice de Gravedad de la Adicción para Adolescentes (IGA-A)*

Dirección de contacto:

Rosa Díaz y Lourdes Serrano. Unitat d'Alcoholologia. Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona.
Recinto Casa Maternidad, C/ Mejía Lequerica s/n, 08028 - Barcelona - SPAIN
Tel: +34 (9)3 227 99 23, Fax: +34 (9)3 227 56 88, e-mail: rosadiaz@copc.es, lspevm@yahoo.es

* Traducción y adaptación del Teen - ASI (Addiction severity Index for Adolescents) de Y. Kaminer, 1991.

Teen-ASI

INFORMACIÓN

Nombre del paciente:
Nombre del informante:
Relación del informante con el paciente:
Dirección actual:

Nº de identificación (PEEDRO):
Fecha de admisión (1ª visita):
Fecha de la entrevista:
Tipo de entrevista:
Entrevista llevada a cabo:
Género:
Iniciales del entrevistador:
Motivo del fin de la entrevista:
entrevista; 2= el paciente rehusó ser entrevistado; 3= el paciente fue incapaz de responder.
Fecha de nacimiento:

Raza
Blanca
Negra
Asiática
Hispano
Mestizo-biracial
Otra:
Religión
Protestante
Católica
Griega ortodoxa
Judía
Islámica
Atea - no creyente
Otra:

¿Has estado ingresado/internado en algún centro en el que no tuvieses acceso a drogas (ambiente controlado) durante el año pasado?

COMENTARIOS:

a-no
b-en un centro de menores (detención, reclusión, protección)
c-en un centro de tratamiento para drogas
d-en un centro de tratamiento médico
e-en un centro de tratamiento psiquiátrico
¿Cuánto tiempo?
Añote las fechas:

PERFIL DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

Según el paciente / el informante:

Table with 7 columns: ÁREA DE PROBLEMA, Nada, Un poco, Medio, Mucho, Extremo. Rows include Drogas, Estudios, Trabajo, Familiar, Social, Legal, and Psiquiátrico.

Según el entrevistador:

Table with 7 columns: ÁREA DE PROBLEMA / NECESIDAD DE TRATAM., No problema, Leve, Moderado, Considerable, Grave. Rows include Drogas, Estudios, Trabajo, Familiar, Social, Legal, and Psiquiátrico.

0 = Ningún problema. El tratamiento no está indicado.
1 = Problema leve. El tratamiento probablemente no es necesario.
2 = Problema moderado. Algún tratamiento es necesario.
3 = Problema considerable. El tratamiento es necesario.
4 = Problema grave. El tratamiento es absolutamente necesario.

USO DE DROGAS

1- ¿Qué drogas has tomado/usado durante el último mes?

Droga/s	Nº de días/veces	Edad de inicio (Años/Meses)

2- ¿Has tomado/usado alguna droga en el pasado que no hayas tomado/usado durante el último mes?

Droga/s	Edad de inicio (A/M)	Edad de finaliz. (A/M)	Frecuencia

3- Nombra las combinaciones (mezclas) de drogas y/o alcohol que has hecho durante este último mes:

Drogas	Nº de días/veces

4- ¿Qué droga o combinación de drogas crees que te crea mayor problema? Haz una lista por orden de problemática.
Droga(s):

5- ¿Por qué crees que esa/esas drogas es/ son la(s) que más te perjudica(n)? ¿Te crean problemas con...
los amigos o la sociedad?
el trabajo o el sustento económico?
la familia?
la escuela?
las leyes?
síntomas psiquiátricos?
pérdida de control y/o deseo compulsivo/ansia de consumir (*craving*)?

6- Duración de tu último periodo de abstinencia voluntaria a todas las drogas:

COMENTARIOS:

ÁREA ESCOLAR

SI NO

1- ¿Vas a la escuela/instituto?

2- ¿Cuántos días has faltado a la escuela/instituto durante el último mes?

3- ¿Y en los últimos 3 meses?

4- ¿Cuántos días has llegado tarde a la escuela/instituto en el último mes?

5- ¿Y en los últimos 3 meses?

6- ¿Cuántos días te han castigado en el pasillo o te han expulsado de clase o has estado en el despacho del director de la escuela por mal comportamiento en clase (problemas de disciplina), en el último mes?

7- ¿Y en los últimos 3 meses?

8- ¿Cuántos días has estado expulsado de la escuela/instituto durante el último mes?

9- ¿Y en los últimos 3 meses?

10- ¿Cuántos días te has "saltado" alguna clase (has "hecho campana") durante el último mes?

11- ¿Y en los últimos 3 meses?

12- ¿Cuál fue tu nota media en el boletín de notas de la última evaluación?

13- ¿Cuál fue tu nota media en el último curso (terminado)?

14- ¿Has ayudado a organizar alguna actividad extra-curricular en tu escuela en el último mes?

SI NO

17- ¿Cuántos días has estado ingresado en algún centro hospitalario o residencial por alcohol / drogas desde tu última visita de seguimiento?

18- ¿Cuántos días durante el último mes has tenido problemas con: el alcohol? otras drogas?

19- ¿Cuánto te han preocupado durante el mes pasado esos problemas con:

	Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
el alcohol?	0	1	2	3	4
otras drogas?	0	1	2	3	4

7- ¿Cómo de importante es para ti ahora el tratamiento para esos problemas con:

	Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
el alcohol?	0	1	2	3	4
otras drogas?	0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

21- Valoración de la necesidad de tratamiento del paciente debido a abuso o dependencia de:

	No prob	Leve	Moderado	Consider	Grave
alcohol	0	1	2	3	4
otras drogas	0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

22- falsas declaraciones del paciente?

SI NO

23- incapacidad por parte del paciente para comprender?

SI NO

COMENTARIOS:

7- ¿Has asistido a alguna actividad extra-escolar en el último mes?
SI NO

16- ¿Cómo has estado de preocupado por esos problemas escolares durante el último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

17- ¿Cómo es de importante para tírecibir ayuda o asesoramiento (counseling) para esos problemas escolares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

18- Valoración de la necesidad de ayuda escolar (counseling):

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

19- falsas declaraciones del paciente? SI NO
20- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

ÁREA LABORAL

- 1- Nivel de educación (último curso acabado): (años/meses)
- 2- Si ya no estudia, ¿Cuándo dejó los estudios?: (años/meses)
- 3- Formación profesional o técnica acabada: (años/meses)
- 4- ¿Tienes alguna profesión, oficio o negocio? SI NO ¿Cuál?
- 5- Tipo de empleo durante el último mes:
trabajador o estudiante a tiempo completo (40 h/sem.)
trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario regular)
trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario irregular)
desempleado
- 6- Tipo de empleo durante los últimos 3 meses:
trabajador o estudiante a tiempo completo (40 h/sem.)
trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario regular)
trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario irregular)
desempleado
- 7- ¿Cuánto tiempo ha durado tu periodo máximo de trabajo/estudio durante el último año?
- 8- ¿Cuántos días te han pagado por tu trabajo durante el último mes?
- 9- ¿Y durante los últimos 3 meses?
- 10- ¿Cuántos días has llegado tarde a tu trabajo durante el último mes?
- 11- ¿Y durante los últimos 3 meses?
- 12- ¿Cuántos días has faltado al trabajo durante el último mes?

COMENTARIOS:

26- ¿Recibes algún tipo de ayuda económica de algún familiar/amigo o del Gobierno, que suponga la mayoría de tu sustento?

27- Si es así, ¿quién te proporciona a la mayor parte de tu sustento?

28- ¿Qué porcentaje de tus ingresos proviene de actividades ilegales?

29- ¿Cuántas personas dependen de ti para la mayor parte de sus necesidades básicas (alimentación, abrigo, vivienda, etc.)?

30- ¿Cuánto te han preocupado tus problemas laborales durante el último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

31- ¿Cómo es de importante para ti recibir ayuda (*counseling*) para tus problemas laborales?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

32- Valoración de la necesidad del paciente de recibir ayuda (*counseling*) laboral:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

33- falsas declaraciones del paciente? SI NO
34- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

13- ¿Y durante los últimos 3 meses?

14- ¿Cuántos días has dejado de ir al trabajo durante el último mes por estar enfermo?

15- ¿Y durante los últimos 3 meses?

16- ¿Cuántas veces te han despedido del trabajo durante el último mes?

17- ¿Y durante el último año?

18- ¿Cuántas veces has dejado un trabajo (por cese de contrato o por voluntad propia) durante el último mes?

19- ¿Y durante los 3 últimos meses?

20- ¿Cómo te has sentido de satisfacción con tu rendimiento en el trabajo durante este último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

21- ¿Y durante el último año?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

22- Si está desempleado: ¿Cuántos días has estado buscando trabajo durante el último mes?

23- ¿Y durante los últimos 3 meses?

24- ¿Cuántos días has tenido problemas para encontrar trabajo o bien problemas en el trabajo en el último mes?

25- ¿Y en los últimos 3 meses?

COMENTARIOS:

RELACIONES FAMILIARES

1- ¿Con quién vives actualmente?
con ambos padres (en la misma casa)
con el padre o con la madre (separados)
con otro/s miembro/s de la familia (especificar:)
con amigos
con novio/a o esposo/a
solo
en una institución (internado o residencia)
sin vivienda estable

2- ¿Cuánto tiempo hace que vives en esta situación?

3- ¿Estás satisfecho viviendo de esa manera?

4- ¿Has tenido conflictos o problemas importantes con tu/s:

	NO	SI	Último mes	Últimos 3 meses
madre?				
padre?				
hermanos/as?				
otro familiar?				
tutor o responsable?				

5 - ¿Cuántas veces/días en el mes pasado? (anotar en la tabla)

5 bis - ¿Y en los últimos 3 meses? (anotar en la tabla)

6- ¿Cuánto se ayudan/apoyan entre sí los miembros de tu familia?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

7- ¿Cuánto discuten/pelean entre sí los miembros de tu familia?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

COMENTARIOS:

8- ¿Los miembros de tu familia participan juntos en actividades (lúdicas, de recreo, etc.)?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

9- ¿Cuánto se cumplen las normas y obligaciones en tu casa?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

10- ¿Cómo valorarías el grado de confianza que tienes con tus padres o con tu tutor o persona que se encarga de ti?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

11- ¿En tu familia es posible expresar los sentimientos y las opiniones y ser escuchado y tenido en cuenta por los demás?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

12- ¿Has sufrido abusos físicos (te han pegado o te han hecho daño) de algún miembro de tu familia durante el último mes?

13- ¿Y en los últimos 3 meses?

14- ¿Has tenido algún tipo de relación sexual con algún miembro de tu familia (excluido esposo/a) durante el último mes?

15- ¿Y durante los 3 últimos meses?

16- ¿Cómo de preocupado has estado durante este último mes por tus problemas familiares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

17- ¿Cómo de importante es para ti recibir ayuda para tus problemas familiares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

18- Valoración de la necesidad de ayuda/tratamiento del paciente por sus problemas familiares:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

- 19- falsas declaraciones del paciente? SI NO
20- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

RELACIONES SOCIALES/GRUPO DE PARES

- 1- ¿Cuántos amigos íntimos tienes?
- 2- ¿Cuántos de estos amigos íntimos suelen tomar drogas como:
alcohol (habitualmente)?: SÍ NO
marihuana (habitualmente)?: SÍ NO
cocaína (ocasionalmente)?: SÍ NO
otras drogas ilegales (ocasionalmente)?: SÍ NO
- 3- ¿Cuántos conflictos/discusiones importantes has tenido con tus amigos (exceptuando novio/a) durante el último mes?
- 4- ¿Y durante los últimos 3 meses?
- 5- ¿Cómo te sientes de satisfacción con el tipo/la calidad de relación que tienes con tus amigos?
- | | | | | |
|------|---------|-------|-------|---------|
| Nada | Un poco | Medio | Mucho | Extremo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- 6- ¿Tienes novio/a? SI NO
- 7- ¿Cuánto tiempo hace que sois novios?:.....(meses/años)
- 8- ¿Cuántos/as novios/as has tenido durante el último año?
- 9- ¿Tu actual novio/a suele tomar:
alcohol (habitualmente)?: SÍ NO
marihuana (habitualmente)?: SÍ NO
cocaína (ocasionalmente)?: SÍ NO
otras drogas ilegales (ocasionalmente)?: SÍ NO
- 10- ¿En cuántas ocasiones has tenido conflictos/discusiones serias con tu novio/a durante el último mes?:

COMENTARIOS:

11- ¿Y durante los últimos 3 meses?

12- ¿Cómo te sientes de satisfacción con la calidad de la relación con tu novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

13- ¿Con quién sueles pasar la mayor parte de tu tiempo libre?

- ☐ familia
☐ amigos (individualmente)
☐ grupo, colegas, panda, busca

☐ novio/a

☐ solo/a

14- ¿Cómo has estado de preocupado durante el último mes por los problemas con tus amigos o con tu novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

15- ¿Cómo de importante es para ti ahora recibir ayuda/tratamiento por los problemas que tienes con tus amigos o con tu novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

16- Valoración del grado de necesidad de ayuda del paciente para sus problemas con los amigos:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

- 17- falsas declaraciones del paciente? SI NO
18- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

COMENTARIOS:

ÁREA LEGAL

1- ¿Tu visita a este servicio ha sido motivado o sugerido por el sistema de justicia (juez de menores, oficial de justicia)? SI NO

2- ¿Estás en libertad condicional o en libertad bajo palabra (probatoria)? SI NO

3- ¿Cuántas veces en tu vida has sido detenido o arrestado por cometer un delito (ofensa criminal)?

Delito (acusación o cargo)	Edad (años, meses)

4- ¿Cuántas de estas acusaciones (cargos) acabaron en sentencia/condena?

5- ¿Cuánto tiempo has estado detenido o recluso en un juzgado o centro de menores en toda tu vida?(días/semanas/meses)

6- ¿Cuánto tiempo estuviste recluso/encarcelado la última vez?

7- ¿Cuál fue el motivo? (Si son varios motivos, escribir el más grave)

8- ¿Actualmente tienes algún cargo, juicio o sentencia pendiente?

SÍ NO

9- ¿Cuál es el motivo? (Si son varios motivos, escribir el más grave)

10- ¿Cuántos días en el último mes has estado detenido o encarcelado?

11- ¿Cuántos días durante el último mes has estado involucrado en actividades ilegales (para provecho personal)?

12- ¿Qué nivel de gravedad crees que tienen tus problemas legales actuales? (excluir problemas del orden civil)

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

13- ¿Cómo es de importante para ti recibir ayuda/orientación por esos problemas legales?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

14- Valoración del grado de necesidad del paciente de recibir ayuda/orientación por sus problemas legales:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La anterior información puede encontrarse distorsionada por:
 15- falsas declaraciones del paciente? SI NO
 16- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

ÁREA PSIQUIÁTRICA / PSICOLÓGICA

1- ¿Cuántas veces has estado en tratamiento por un problema psicológico o emocional?
 ¿En el servicio de psiquiatría-psicología de un hospital?
 ¿En un centro ambulatorio o centro privado?

2- ¿Has pasado algún periodo significativo (sin que fuera el resultado directo del consumo de drogas) en el que hayas tenido:

	SI	NO
una depresión importante (grave)?		
ansiedad o tensión importante (grave)?		
delirios (creer cosas que los demás decían que no eran ciertas)?		
alucinaciones (ver u oír cosas que los demás no podían ver/oír)?		
dificultades para concentrarte, recordar o comprender las cosas?		
dificultades para controlar tu comportamiento agresivo/violento?		
pensamientos (graves) de suicidio (ideas de quitarte la vida)?		
alguna/s tentativa/s de suicidio (quitarte la vida)?		

3- ¿Has tomado alguna medicación (prescrita por el médico) para algún trastorno psicológico-psiquiátrico (emocional o de conducta)?

4- ¿Cuántos días durante el último mes has experimentado alguno de los anteriores problemas psicológicos?

5- ¿Cómo valorarías tu grado de preocupación/malestar por los anteriores problemas psicológicos durante el mes pasado?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

6- ¿Cómo de importante es ahora para ti recibir tratamiento para esos problemas psicológicos?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

COMENTARIOS:

LOS SIGUIENTES ÍTEMS LOS DEBE RELLENAR EL ENTREVISTADOR

7- En el momento de la entrevista, el paciente:

	SI	NO
está claramente deprimido/muy reservado/retraído		
se muestra claramente hostil		
se muestra claramente ansioso/nervioso		
tiene dificultades con la percepción de la realidad, trastornos del pensamiento o ideas paranoides		
tiene dificultades importantes para comprender, concentrarse o recordar		
tiene ideación suicida		

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

8- Valoración del grado de necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico.

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

9- falsas declaraciones del paciente? SI NO

10- incapacidad por parte del paciente para comprender? SI NO

COMENTARIOS:

4.3. Aplicación manualizada

EDITADO POR:

YIFRAH KAMINER, M.D. OSCAR G. BUKSTEIN, M.D. RALPH E. TARTER, Ph.D.

Yifrah Kaminer, M.D.

Associate Professor of Psychiatry. Alcohol Research Center. University of Connecticut Health Center, School of Medicine
263 Farmington Avenue, Farmington, CT 06030-2103
ph - (203)-679-4344, fax- (203)-679-4077

[Can be used, but not to be reproduced without authors' permission.]

Traducido al español por:

**ROBERTO SECADES-VILLA, JOSÉ LUIS CARBALLO, MARÍA TERESA BOBES-BASCARÁN,
OLAYA GARCÍA-RODRÍGUEZ Y JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ-HERMIDA***

Grupo de Conductas adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo - España
E-mail: conductasadictivas@cop.es, Teléfono: +34 985 10 41 89

1. INTRODUCCIÓN

El Índice de Gravedad de la Adicción (T-ASI) es una entrevista estructurada breve diseñada para proporcionar información importante sobre aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir al abuso de sustancias y/o síndrome de dependencia. Es un primer paso en el desarrollo del perfil del paciente para el uso posterior del personal clínico e investigador. Así, es particularmente importante que el paciente y los padres del paciente o cuidadores perciban la entrevista como un primer paso clínico en un intento de ayudarle (Kaminer *et al.*, 1991; 1993).

El T-ASI (1992) es una nueva versión modificada del ASI original desarrollado por McLellan *et al.* (1980; 1985). McLellan *et al.* (1992) basado en diez años de experiencia llevando a cabo entrevistas con el ASI, un instrumento diseñado para adultos, que evaluaba inadecuadamente a los adolescentes.

La necesidad de desarrollar este instrumento radica en el hecho de que muchos adolescentes van al colegio, residen con sus padres, no son económicamente independientes, y carecen de relaciones maduras (adultas). Se han añadido nuevas preguntas y categorías para incluir dichos factores (Kaminer, 1994).

Puesto que el adolescente no siempre es un buen informador del tiempo y de la situación, también se le administrará la misma entrevista a sus padres o cuidadores. El instrumento será administrado a cada uno por separado. A ser posible, el adolescente será entrevistado primero, de tal forma que la información pueda ser contrastada con sus padres. El formulario del paciente o del adolescente se denomina T-ASI-A y el formulario para sus padres T-ASI-P. Las preguntas están formuladas para guiar al paciente. Sin embargo, dichas preguntas podrán ser reformuladas apropiadamente, para evaluar al paciente, cuando se entrevista a sus padres.

* Secades-Villa, R., Carballo, J. L., Bobes-Bascarán, M.T., García-Rodríguez, O. y Fernández-Hermida, J.R. *Manual del aplicación del T-ASI*. Publicado en: Bobes, J., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., Flórez, G., García-Portilla, M.P., Sáiz, P.A. y Bascarán, M.T. (2007) *Monografía Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El entrevistador debe presentarse y decir brevemente que tiene deseo de hacerle unas preguntas al paciente en relación al plan para su tratamiento. Además, deberá añadir que estas preguntas se le hacen a todas las personas que buscan tratamiento, que la entrevista es **totalmente confidencial** y que la información **no saldrá del contexto de tratamiento**. Nota: estas puntualizaciones deberán ser enfatizadas varias veces durante todo el proceso de entrevista.

El entrevistador entrenado deberá estar familiarizado con la estructura y el contenido de la entrevista. Primeramente, el entrevistador deberá describir el diseño de la entrevista, acentuando las siete áreas de problemas potenciales. Estas áreas comprenden: Drogas, Colegio, Empleo/Soporte, Familia, Iguales/Social, Legal y Psiquiátrica. Es importante que el entrevistador acentúe la naturaleza de la contribución del paciente. Por ejemplo, el entrevistador debería decir:

“Hemos observado que mientras todos nuestros pacientes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias, muchos de ellos tienen también problemas significativos en otras áreas tales como los estudios, las relaciones con iguales, familia, etc. Para cada una de estas áreas, te haré preguntas sobre tu grado de malestar en las mismas, y cuánta importancia tiene para ti el tratamiento de estos problemas. Esta es una oportunidad para describir tus problemas más importantes, aquellos con los que sientes mayor necesidad de ayuda.”

El último paso de la introducción es la explicación de la escala de autoevaluación del paciente (ver Sección H de instrucciones específicas). Esta escala de 5 puntos la empleará el paciente para responder preguntas subjetivas de cada área problema y se le presentará como referencia en este punto de la entrevista. El entrevistador describirá el uso de la escala y se dará un ejemplo para comprobar que el paciente lo ha entendido.

Puesto que el foco de la entrevista difiere de un área al siguiente, es importante que

el entrevistador introduzca cada sección. Por ejemplo:

“Te voy a realizar una serie de preguntas sobre tus relaciones familiares.”

De esta forma, el paciente se preparará para centrarse en cada una de las áreas de forma independiente. En este sentido, es importante que el paciente no confunda problemas en un área particular con dificultades experimentadas en otro área, tales como confundir problemas psiquiátricos con aquellos debidos a los efectos de una intoxicación con drogas.

Si la entrevista de seguimiento se debe hacer posteriormente, estas puntualizaciones deberían ser incluidas también en la introducción. Por ejemplo:

“Con tú permiso, me gustaría volver a ponerme en contacto seis meses después de haber finalizado el tratamiento para hacerle preguntas similares. De esa forma, esperamos evaluar el programa y su progreso.”

Se espera que al introducir la entrevista de forma clara y concisa, de manera descriptiva, resolviendo dudas, y manteniendo continuo rapport con el paciente, se obtendrá información útil y válida de la entrevista de admisión.

II. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

Es especialmente importante que el paciente desarrolle la capacidad para comunicar el grado en que ha experimentado problemas en cada una de las áreas seleccionadas, y el grado de importancia en que siente que estos problemas deberían ser tratados. Estos estimadores subjetivos son determinantes en la participación del paciente para evaluar su condición.

Para estandarizar estas valoraciones, hemos empleado una escala de 5 puntos (0-4):

0. ninguna (nada)
1. leve (muy poco)
2. moderada (moderadamente)
3. considerable (bastante)
4. extrema (mucho, muy)

Para algunos pacientes es adecuado describir simplemente la escala y sus valores en la introducción de la entrevista y ocasionalmente después. Para otros, puede ser necesario llegar a la respuesta apropiada de una forma más adecuada para cada ítem. El interés principal del entrevistador es obtener la verdadera opinión del paciente, por tanto, **dejar que el paciente utilice su propio lenguaje para expresar su opinión puede ser más apropiado que poner al paciente en una posición en donde sienta que es una obligación elegir una opción de la escala.**

Pueden ocurrir algunos problemas con estas medidas. Por ejemplo, la valoración del paciente de la gravedad de sus problemas familiares no debe basarse en su percepción de ningún otro problema. El entrevistador deberá intentar clarificar **cada medida como un área problema independiente, y centrar el periodo de tiempo en el mes previo.** Así, la valoración deberá hacerse en base a los **problemas actuales**, no a los *potenciales*. Si un paciente ha informado que **no ha tenido problemas durante el mes previo se debe puntuar el grado de molestia en esos problemas** como “0”. El entrevistador deberá realizar preguntas para aclarar las respuestas, tales como: “¿Puedo asumir entonces que no siente necesidad de terapia familiar?” como comprobación de la información previa. Si el paciente no es capaz de entender la naturaleza del procedimiento de valoración, entonces deberá señalar con una “X” esos ítems.

III. ESTIMADORES

Algunas preguntas requieren que el paciente estime la cantidad de tiempo en que ha experimentado un problema en particular durante el pasado mes. Estos ítems pueden ser difíciles para el paciente, y pueden ser necesario sugerir mecanismos de estructura temporal, ej. Períodos fraccionados (la mitad del tiempo, etc.) o puntos de anclaje (fines de semana, días de semana, etc.). Finalmente, es importante que el entrevistador procure no imponer su propia respuesta al paciente. El entrevistador deberá ayudarlo a seleccionar una estimación apropiada sin forzar sugerencias particulares.

IV. CLARIFICACIÓN

Durante la administración del T-ASI hay bastantes oportunidades para clarificar preguntas y respuestas. Para validar la calidad de la información, debe asegurarse de que el paciente ha comprendido el propósito de la pregunta.

Cada pregunta no necesita ser formulada de forma literal. Deberá utilizar parafraseado y sinónimos apropiados para cada paciente y registrar información adicional en la sección de Comentarios.

NOTA: cuando se esté seguro de que el **paciente no puede comprender una pregunta**, su respuesta no deberá ser registrada. **Tache con una “X”** el número de ítem en estos casos. Si un paciente parece tener problemas de comprensión en muchas preguntas, se recomienda finalizar la entrevista.

V. ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

La gravedad de la medida obtenida por el entrevistador en cada uno de las áreas problema del individuo es importante tanto para la investigación como para los objetivos clínicos. Todas las medidas se basan en respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas dentro de cada área. Aunque se reconoce que las opiniones del entrevistador influirán en las puntuaciones de gravedad, y que suelen ser importantes, éstas introducen una fuente no sistemática de variación, disminuyendo la utilidad global de la escala. Con el fin de reducir dicha variación, el entrevistador deberá desarrollar un **método sistemático para estimar la gravedad de cada problema.** El uso común de este método estandarizado incrementará la fiabilidad de las estimaciones de gravedad.

Hemos establecido un método de dos pasos para estimar la gravedad. En el primer paso, el entrevistador considerará sólo los datos objetivos del área problema. Usando estos datos objetivos, el entrevistador hará una valoración preliminar de la gravedad del problema del paciente (necesidad de tratamiento) basada sólo en esta información objetiva. En el se-

gundo paso, las informaciones subjetivas del paciente serán consideradas y el entrevistador podrá modificar la valoración preliminar en función de éstas. De cualquier manera, si una parte de información pertinente que no es sistemáticamente recogida afecta a la medida de gravedad, ésta deberá ser registrada en la sección "Comentarios". Si el paciente sugiere que siente que un problema es particularmente grave, y que el tratamiento es "extremadamente importante" para él, el entrevistador podrá incrementar la puntuación final de gravedad.

Para los propósitos de esta entrevista, **la gravedad se definirá como la necesidad de tratamiento adicional** y se basará en los informes de cantidad, de duración y de intensidad de los síntomas en el área problema. Se detalla a continuación la descripción de las puntuaciones:

0 = No tiene problema, no necesita tratamiento.

1 = Problema leve, probablemente no necesita tratamiento.

2 = Problema moderado, algún tratamiento indicado.

3 = Problema considerable, tratamiento necesario.

4 = Problema extremo, tratamiento absolutamente necesario.

Es importante tener en cuenta que **estas puntuaciones no pretenden ser estimadores del beneficio potencial del tratamiento para el paciente sino del grado en que un tipo de intervención efectiva es necesario, con independencia de la existencia o disponibilidad de dicho tratamiento**. Por ejemplo, un paciente que ha cometido numerosos crímenes podría garantizar una puntuación de gravedad legal de 4, indicando que es un problema extremo. Una puntuación mayor de gravedad se registra en este caso incluso si no hay tratamiento efectivo disponible actualmente. Los pacientes que presentan pocos problemas sintomáticos o niveles sintomáticos controlados deberían ser puntuados en un nivel bajo de gravedad del problema. El incremento de la cantidad, la duración y/o la intensidad de los síntomas, deberá ser pro-

porcional a la puntuación de gravedad. Puntuaciones altas en la escala de gravedad indican niveles altos de síntomas problemáticos (para el paciente o para otros) y la correspondiente necesidad de tratamiento.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE GRAVEDAD

PASO 1: Obtenga el rango de puntuaciones (1 ó 2 puntos) que mejor describan la necesidad del paciente de tratamiento en el momento presente **basado en los datos objetivos solamente**.

PASO 2: Seleccione un punto dentro del rango obtenido anteriormente **utilizando la información subjetiva de esa sección solamente**.

1. Si el paciente considera que el problema es menos grave y que el tratamiento es importante, seleccione la puntuación más alta del rango.
2. Si el paciente considera que el problema es menos grave y que la necesidad de tratamiento es menos importante, seleccione una puntuación media o más baja.

Mientras se ha reconocido que los criterios para establecer el nivel de gravedad de cualquier problema varían de una situación a otra, se ha comprobado que con el procedimiento anterior se obtienen medidas estandarizadas.

Excepciones: En casos en donde el paciente *obviamente* necesita tratamiento y no refiera tal necesidad, la puntuación deberá reflejar dicha necesidad de tratamiento. La naturaleza obvia de esta necesidad debe ser enfatizada. *Evite Inferencias.* Confirme el grado de necesidad con una exploración más profunda cuando sea necesario.

Si el paciente ha informado que no tiene ni ha tenido problemas recientemente, y no señala ninguna necesidad de tratamiento, confirme la justificación de su valoración. La medida de gravedad no deberá reflejar necesidad de tratamiento, pero se deberá incluir una nota explicando la puntuación del paciente.

VI. PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La valoración del entrevistador es importante cuando se decide la veracidad de las respuestas de los pacientes y su capacidad de comprender la naturaleza y el propósito de la entrevista. Si el comportamiento del paciente sugiere claramente que no responde con sinceridad (ej. negaciones constantes y rápidas) o si hay discrepancias en los datos debido a informaciones contradictorias que el paciente no puede justificar, el entrevistador deberá indicar la falta de validez de la información. Las puntuaciones de validez pretenden enmarcar las valoraciones del entrevistador para validar la información. Por ejemplo:

¿La información anterior está significativamente distorsionada por:

- La imagen distorsionada del paciente? ☐ no ☐ sí
- La incapacidad del paciente para comprender? ☐ no ☐ sí

Cuando se registra un "sí", el entrevistador debe anotar una explicación breve en la sección de "Comentarios".

VII. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO

Uno de los usos principales del T-ASI como admisión al tratamiento es estimar el patrón y gravedad de las necesidades de tratamiento del paciente individualmente. Ajustes post-tratamiento se pueden valorar de la misma manera utilizando el T-ASI en el momento de seguimiento. Comparar un T-ASI de admisión con un T-ASI de seguimiento puede aportar el tipo de información requerida para desarrollar una evaluación de la efectividad del tratamiento en términos de cambio en la necesidad de tratamiento del paciente.

Se requieren pocos cambios en el T-ASI de admisión para que pueda ser utilizado como un T-ASI de seguimiento. *Solamente aquellas preguntas que tienen los números de ítem marcadas con un círculo se deben preguntar en el T-ASI de seguimiento.* Las otras preguntas se omitirán. Sin embargo, incluso estos ítems son inapropiados para el seguimiento

y requieren revisión. **Los ítems de admisión AD que necesitan ser modificados se marcan con un asterisco; Es necesario reformular estas preguntas para obtener información perteneciente sólo al período de seguimiento.** Esto se podrá hacer si se cambia el marco temporal de los ítems marcados por "desde nuestra primera entrevista" o "desde que ha empezado el tratamiento" o "desde la fecha de admisión", etc. Se recomienda que el entrevistador enfatique el marco temporal para obtener datos precisos y fiables, puesto que el paciente ya ha sido entrevistado previamente. Recuerde que las preguntas relativas a la necesidad de tratamiento se refieren a la necesidad de tratamiento adicional, no a la necesidad de tratamiento continuado.

IMPORTANTE: Hay una amplia evidencia que muestra que las puntuaciones de gravedad obtenidas a través del método descrito son estimadores sobre el estado del paciente en cada área problema fiables y válidos. *Sin embargo, no recomendamos que las puntuaciones de gravedad se empleen como una medida de resultado del tratamiento.* Es importante recordar que estas medidas son al fin y al cabo subjetivas y que han mostrado ser muy útiles *solamente* bajo condiciones en las que toda la información está disponible y la *entrevista se hace en persona*. Estas dos condiciones no siempre tienen lugar en la evaluación de seguimiento.

VIII. SITUACIONES DIFÍCILES O INAPROPIADAS

Encarcelación previa o tratamiento inter-no/hospitalización. Varias preguntas del T-ASI requieren valoraciones relacionadas con el mes previo o el año anterior. En situaciones en donde el paciente ha estado encarcelado u hospitalizado durante ese período, se hace difícil desarrollar un perfil representativo del paciente.

Imagen distorsionada del paciente. Hemos observado que algunos pacientes responden presentándole una imagen determinada al entrevistador. Generalmente, esto conlleva unas respuestas inconsistentes o inapropiadas que

se hacen obvias durante el curso de la entrevista. El entrevistador debería intentar asegurar que el paciente responda sinceramente, reexplicar el propósito de la entrevista, buscar respuestas representativas, y clarificar las contestaciones previas cuando tenga dudas sobre su validez. Si la fiabilidad de estas respuestas no mejora, el entrevistador deberá desechar toda la información que resulte inválida o dudosa señalándola con una "N" donde sea apropiado y registrando este hecho en el formulario. *En casos extremos.* La entrevista se dará por finalizada.

Pobre comprensión. Los entrevistadores pueden hallarse ante pacientes que son incapaces de entender la esencia de los conceptos básicos de la entrevista o de mantener la concentración en preguntas determinadas. Cuando esto se haga obvio, la entrevista se dará por finalizada.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Instrucciones

La sección de instrucciones aporta directrices generales y procedimientos de uso de este formulario.

NOTA: es importante diferenciar ítems que no son aplicables al paciente (aquellos que deberán ser marcados con una "N"), de aquellos que el paciente no puede comprender o no responde (que se marcarán con una "X"). Por favor, no deje ningún ítem sin marcar.

NOTA: asegúrese de responder todos los ítems que están rodeados con un círculo en las entrevistas ASI-A de seguimiento utilizando los procedimientos descritos en la sección "Introducción" (ver Procedimiento de Seguimiento).

Escala de Medida

Utilice esta escala de medida como referencia para el paciente cuando realice las preguntas referidas a la misma.

Información General

Estas series de ítems han sido diseñadas para aportar información administrativa que se requiere para los registros del proyecto bajo

el que el T-ASI se ha desarrollado. Hospitales, clínicas, u otras instituciones puede que necesiten información adicional o datos diferentes para completar sus registros administrativos. *Los cambios y modificaciones en estos ítems se llevarán a cabo según se necesite.*

Ambiente controlado se refiere a la situación de vida en la que el sujeto tiene restringida su libertad de movimiento y de acceso. Generalmente suele tratarse de un ambiente residencial en contexto terapéutico o de un centro de detención. Si la respuesta a este ambiente controlado es "no", marque con una "N" en la casilla de número de días.

Perfil de Gravedad

El gráfico se empleará como un resumen del perfil de gravedad del problema del paciente. Después de llevar a cabo la entrevista, el entrevistador deberá señalar apropiadamente las puntuaciones en la casilla correspondiente. (Ver la Medida de Gravedad de la Entrevista en la página 5).

USO DE DROGAS

Uso de drogas

Mes *pasado* (Ítem 1): pregunte primero qué tipo de droga(s) y/o alcohol ha consumido en el mes anterior. Utilice la lista de drogas localizada en la última página del cuestionario para facilitar al paciente su respuesta. Permita que el paciente vea la lista si insiste en hacerlo. Asegúrese de facilitar la respuesta del paciente con ejemplos (utilizando lenguaje callejero o nombres de marcas) de drogas *para cada categoría específica*. *No adapte* la sección de historia de uso de sustancias a la población entrevistada (por ejemplo, un alcohólico puede no sólo haber consumido alcohol sino también otras sustancias). *Medicación prescrita se encuadra en la categoría apropiada*. Vea el Apéndice para enumerar los agentes químicos comunes nombrados según su nombre "callejero o coloquial" y su categoría en el T-ASI.

Historia de uso (Ítem 2) se determina los períodos de uso de sustancias. Registre la(s) droga(s) y la edad (años y meses) año/mes en

que el paciente comenzó y abandonó su uso. No incluya ninguna(s) droga(s) y/o nombre de bebida alcohólica enumerada en el ítem previo de uso en el mes anterior. Pregunte también la frecuencia de uso (estimación aproximada).

Combinación de drogas (Ítem 3) se refiere a cuántos días, en el mes anterior, ha consumido más de un tipo de droga (categoría T-ASI) incluyendo alcohol.

Problemas principales (Ítem 4): registre lo que el paciente opina sobre su problema principal de abuso de drogas. Esta lista puede constar de una o varias drogas. Si el paciente consume **una sustancia de cada vez, regístrela por separado; si dos sustancias** suelen consumirse juntas siempre o casi siempre, regístrelas en la misma línea. Priorice el orden de la lista con la(s) droga(s) más problemáticas. Si el paciente mantiene que no tiene ningún problema con el alcohol u otra(s) droga(s), pero posteriormente afirma haber experimentado problemas en el ítem 18, pregúntele de nuevo el ítem 4 para determinar cuál es la principal sustancia problema de abuso.

Área problema (Ítem 5): pregunte al paciente si cree que estas drogas le suponen un problema grave. Escriba la razón de su respuesta y posteriormente, categorícelas de acuerdo con el área problema que corresponda. Las áreas problema conforman las seis categorías incluidas en el instrumento T-ASI. El paciente no participa en este proceso de categorización. El entrevistador puede registrar el área problema durante la entrevista o después de la misma.

Abstinencia (Ítem 6): se enmarcan aquí todas las drogas de abuso incluyendo el alcohol. Enfátice que se refiere al último intento de abstinencia, de al menos un mes de duración, no al período de mayor duración abstinente. Registre en la sección de comentarios si se trata de más de una sustancia. Los períodos se miden en meses, por lo que sobrepasar un período de 2-4 semanas tras el primer mes, contabilizaría como otro mes. Los períodos de *hospitalización o encarcelación no se contabilizarán*. Los períodos de abstinencia en los

que se haya tomado metadona, naltrexona o antabús (disulfiram) como tratamiento ambulatorio se incluirán en la puntuación de la capacidad del paciente para responder a tratamiento ambulatorio. Si el período de abstinencia es reciente, anote un "0". Anote "00" si el paciente nunca ha estado abstinente.

Abstinencia (Ítem 7): calcule el número de meses que pueden derivarse de la pregunta previa; informe de su cálculo al paciente para confirmar nuevamente su respuesta. Los períodos se miden en meses, por lo que tras un período de 2-4 semanas tras el primer mes de abstinencia se contabilizarán como un mes.

Lagunas de memoria (Ítem 8): se refiere a la experiencia de pérdida de memoria episódica tras la última consumición alcohólica. *Asegúrese de que el paciente comprende esta definición de laguna de memoria.*

Sobredosis (Ítem 8): cualquier incidente que haya requerido de una intervención para restablecer al paciente. Pregúntele al paciente que le fue aplicado para reanimarlo. "Quedarse dormido/indispuesto" no constituye una sobredosis. La naturaleza de la sobredosis difiere del tipo de droga utilizada. Mientras los opiáceos y barbitúricos producen efectos parecidos al coma, las anfetaminas frecuentemente resultan en psicosis tóxicas. Incluya intentos de suicidio si fueron causados por la ingestión de drogas.

Tratamientos (Ítem 9): cualquier tipo de tratamiento para el alcohol u otras drogas, incluyendo desintoxicación, comunidades terapéuticas, cuidados internos, consejo ambulatorio, o Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos si ha participado en 3 o más sesiones durante el mismo mes. Excluya "Clases de Educación Vial" si se deben a faltas por "conducir ebrio". Pregunte por separado aspectos relacionados con el alcohol y con otras drogas. En caso de problema dual, intente discernir entre el número de tratamientos para cada categoría.

Tratamientos de Desintoxicación (Ítem 10): deben registrarse partiendo del número de tratamientos informados en el ítem 9. Estos deben ser tratamiento de *desintoxicación exclusivamente* y no incluyen ningún cuidado de

seguimiento. El propósito de esta pregunta es determinar en qué medida el paciente ha buscado rehabilitación extensa versus estabilización mínima.

Gastos (Ítem 11): medida de carga económica, no cantidad de uso. Anote solamente la cantidad de dinero que ha gastado, no el costo del precio de la droga (ej. un traficante puede consumir pero no tiene por qué comprarla).

Sexual o ilegal (Ítem 12): se refiere a la forma de obtención de la droga si el paciente no utilizó medios económicos para conseguirla.

Tratamiento ambulatorio (Ítem 13) se refiere a cualquier tipo de terapia de abuso de sustancias ambulatoria que incluye mantenimiento con metadona, tratamiento con antabús, etc. El tratamiento requiere contacto personal con el programa de tratamiento (o por lo menos telefónico). No se incluye consejo psicológico u otro tipo de terapia para problemas no relacionados con el abuso.

Problemas de alcohol y drogas (Ítem 18): *Incluye solamente craving, síntomas de abstinencia, efectos aversivos o de la intoxicación, o deseo de parar pero ser incapaz de hacerlo.* Enfatique que está interesado en el número de días que el paciente ha tenido problemas relacionados directamente con el consumo de alcohol u otras drogas. *No incluya* la incapacidad del paciente para encontrar las sustancias.

Puntuaciones del paciente (Ítems 19 y 20): se enmarca en el mes anterior. El ítem 15 incide específicamente en el tratamiento de abuso de sustancias, no en una terapia general. Enfatique que se trata de un problema de abuso de sustancias reciente, no de una puntuación de necesidad de tratamiento para estos problemas en un tiempo previo cuando la terapia pudo haber sido más necesaria. Asegúrese de que el paciente comprende que esta pregunta está relacionada con el resto de ítems de esta sección. Revise las respuestas previas para que el paciente confirme de nuevo las puntuaciones en los ítems anteriores.

Escala de Gravedad para el Entrevistador (Ítem 21): emplee esta escala para determinar la necesidad de tratamiento adicional para los problemas de consumo.

SITUACIÓN ESCOLAR

*El último mes y los últimos tres últimos meses se refieren a un período de tiempo consecutivo, esto es, si la entrevista se lleva a cabo durante el primer o el segundo mes del año académico, la información deberá reflejar los tres últimos meses del año académico anterior.

Faltas (Ítems 2 y 3): se refiere al total de días que ha faltado a clase independientemente de la razón de la ausencia. El ítem 10 se refiere al número de días que se ha saltado las clases voluntariamente.

Retraso (Ítems 4 y 5): se refiere a los días en que se refleja en los partes escolares el retraso en la asistencia a clase de acuerdo con el horario escolar.

Detención (Ítems 6 y 7): incluye la cantidad total de días en que el paciente ha sido sometido a medidas disciplinarias (ej. tiempo detenido, castigos en el aula o en el despacho del director u orientador).

Expulsiones (Ítems 8 y 9): se refiere a expulsiones en casa y otro tipo de expulsiones temporales del centro escolar. Cada expulsión, tanto si ha sido de un día o de varios días, debe ser registrada como una suspensión o episodio aislado.

Notas (Ítems 12 y 13): pregunte al paciente y a sus padres o tutores la media aproximada de su parte de notas. Si no es capaz de obtener respuesta, debe inferir las notas a través de la información proporcionada. Utilice el parte escolar si dispone de él. Sobresaliente =1, Notable =2, Bien =3, Suficiente =4, Suspenso =5.

Actividades extraescolares (Ítems 14 y 15): se refiere a las actividades promocionadas o autorizadas por el colegio, no son actividades en las que están implicados compañeros del colegio. Si el paciente participa en tres actividades diferentes después de las clases, deben anotarse como tres días diferentes.

Participación: se refiere a la participación activa en alguna actividad como jugar al fútbol, tocar algún instrumento, o ser miembro de alguna asociación escolar (ej. boy scouts, voluntariado).

Asistencia: se refiere a un rol más pasivo como ver un partido de fútbol o un ensayo de la orquesta.

Puntuación del paciente (Ítems 16 y 17): incluye actividades y/o problemas relacionados directamente con aspectos escolares. Si el paciente tiene problemas con sus amigos del colegio que abarcan sólo la relación social, no se incluyen. Asegúrese de que el paciente comprende que esta pregunta está relacionada con el resto de ítems de esta sección. Revise las respuestas previas para que el paciente confirme de nuevo las puntuaciones en los ítems anteriores.

EMPLEO/SOPORTE ECÓNOMICO

Serán entrevistados exclusivamente aquellos pacientes que no estén escolarizados. *Lea la indicación del status escolar para el mes anterior o los tres meses anteriores.

Estudios completados (Ítem 1): anote el total de años y meses que el paciente ha estudiado.

Abandono de estudios (Ítem 2): anote el tiempo que ha transcurrido desde que ha dejado los estudios. Puede que sea necesario que pregunte por la fecha en que ha dejado los estudios para confirmar la información.

Entrenamiento (Ítem 3): anote el número de años y/o meses que el paciente ha completado. Intente determinar si es entrenamiento válido, como un programa de formación profesional o formación como aprendiz en un programa de formación profesional reconocido.

Grado/ Cualificación (Ítem 4): en caso afirmativo, anote el oficio. Como oficio se entenderá cualquier profesión que requiera cualificación y que además, se haya adquirido a través de formación especializada o educación.

Patrón de Empleo (Ítems 5 y 6): tiempo completo se refiere a un horario de trabajo regular de más de 35 horas a la semana (inclúyalo aunque esté sin asegurar, de todas formas, defínalo en la sección de comentarios). Tiempo parcial se refiere a un horario de trabajo regular de menos de 35 horas por semana. Tiempo parcial irregular se refiere a trabajos

en los que el paciente trabaja esporádicamente, por ejemplo, programas de trabajo, trabajos de un solo día, etc. Cuando para más de una categoría hay la misma cantidad de veces trabajadas, anote la que mejor represente la situación particular de ese período de tiempo.

Período más largo de empleo (Ítem 7): hace referencia al período más largo de empleo contabilizado en días.

Días pagados (Ítems 8 y 9): anote el número de días en que el paciente ha sido remunerado por su trabajo. Los trabajos que se hayan realizado durante períodos de encarcelación, internamiento u hospitalización no se contabilizarán. Los trabajos “sin asegurar” se incluyen en esta categoría. Vacaciones pagadas y días en los que ha estado enfermo que hayan sido pagados se incluirán.

Días con retraso (Ítems 10 y 11): anote el número de días en que el paciente no llegó tarde según su horario de trabajo.

Días faltados (Ítems 12 y 13): anote el número de días que ha faltado al trabajo por cualquier razón, por ejemplo, enfermedad, razones personales, o sin ninguna excusa.

Días enfermos (Ítems 14 y 15): anote el número de días que ha faltado por enfermedad.

Despido (Ítems 16 y 17): se refiere a las veces en que el paciente ha dejado el trabajo de forma involuntaria por petición de su jefe.

Despido por insolvencia (Ítems 18 y 19): se refiere a las veces que el paciente fue despedido por insolvencia del empleador.

Satisfacción con rendimiento laboral (Ítems 20 y 21): Asegúrese de que el paciente comprende que esta pregunta está relacionada con el resto de ítems de esta sección. Se trata de una medida general que engloba factores positivos o negativos no incluidos en las preguntas que influyen en las respuestas del paciente. Anote estos factores en la sección de comentarios.

Búsqueda de empleo (Ítems 22 y 23): implica una búsqueda activa de trabajo que incluye rellenar formularios, acudir a entrevistas o realizar llamadas de teléfono como respuesta a un anuncio de empleo.

Problemas laborales. Mes anterior. (Ítem 24): incluye la incapacidad para encontrar trabajo (sólo si el paciente lo ha intentado de forma activa), problemas con su empleo actual (si su empleo está siendo cuestionado), etc. No incluya problemas para encontrar trabajo que estén relacionados directamente con el abuso de sustancias del paciente como abstinencia o resaca. Tampoco anote ninguna creencia sobre sus posibilidades de encontrar trabajo si no está realizando ningún esfuerzo activo por hacerlo.

Contribución/Soporte económico (Ítem 26): indague si el paciente está recibiendo algún soporte económico de forma regular por parte de su familia (incluyendo su esposo/a), de su cuidador, de un amigo, de una institución o del gobierno/servicios sociales. Anote la fuente de recursos y la cantidad en la sección de comentarios.

Principal soporte económico (Ítem 27): si la respuesta al ítem 26 ha sido afirmativa, señale la fuente que provee el mayor soporte económico

Ingresos ilegales (Ítem 28): incluye el dinero obtenido por medios ilegales como el tráfico de droga, el robo, reventa de bienes robados, juego ilegal, etc. Calcule la cantidad aproximada en euros y un porcentaje de la misma de lo que el paciente estima que supone su ingreso total.

Soporte económico (Ítem 29): enfatice que este ítem se refiere a la gente que depende de él, no a las personas a las que el paciente ha dado dinero. No incluya al propio paciente. Esta pregunta es exclusivamente para aquellas personas que dependen del paciente y reciben un soporte económico de forma regular por parte del mismo, pero que por circunstancias inusuales, no han recibido tal soporte recientemente. Se incluyen aquí la pensión alimenticia y los pagos para el cuidado de los niños.

Puntuación del paciente (Ítems 30 y 31): estos ítems se relacionan con las preguntas anteriores. Recuerde al paciente sus respuestas anteriores antes de escoger una puntuación (ej. entrenamiento, días remunerados, días en los que ha llegado tarde, despidos). En el ítem

31, acentúe que se trata de ayuda para asesorarle en la búsqueda de empleo o prepararse para él, no de ofrecerle un puesto de trabajo.

RELACIONES FAMILIARES

Vivienda (Ítem 1): considere la vida del paciente durante el año anterior y pídale que describa la cantidad de tiempo que ha vivido en casa, en hospitales, o en otras instituciones. Si el paciente ha tenido diferentes situaciones, elija aquella que sea más representativa. Anote la información en la sección de comentarios.

Duración en la vivienda actual (Ítem 2): anote el número de años y meses que el paciente ha vivido en su vivienda actual.

Satisfacción (Ítem 3): una respuesta afirmativa indica que el paciente ha estado confortable o satisfecho con su situación, no resignado a ella.

Conflictos/Problemas (Ítems 4 y 5): los conflictos requieren contacto personal o telefónico. Enfatice que se refiere a conflictos graves (ej. fuertes discusiones, abuso verbal, etc.), no simples diferencias de opinión. Estos conflictos deberán ser de tal magnitud que pongan en peligro la relación con la persona afectada. Se trata de problemas de comunicación extremadamente pobre, falta total de comprensión o confianza, discusiones frecuentes o rencor. Si el paciente no ha estado en contacto con la persona afectada durante el período de tiempo que se pregunta, anote una "N", salvo que se sienta muy molesto o afectado por un problema reciente, en cuyo caso deberá anotar un "sí". Si no está implicado ningún miembro familiar en la categoría, escriba una "W" (ej. paciente sin hermanos).

Ítems 6-11: se refieren a la familia biológica si las reuniones tienen lugar por lo menos una vez a la semana (no se incluye contacto telefónico). De lo contrario, se referirá a los cuidador/es actual/es.

Abuso físico/sexual (Ítems 12-15): estos ítems se refieren a cualquier abuso físico o sexual por parte de la familia biológica o de los cuidadores. Si el paciente responde afir-

mativamente a estos ítems, esta información deberá ser trasladada inmediatamente a los clínicos responsables de informar los hechos a los Servicios Sociales para la Protección de la Infancia y la Juventud.

Puntuación del paciente (Ítems 16 y 17): se refiere al grado de insatisfacción, conflicto o problemas informados en la sección Familia. En el ítem 23, asegúrese de que el paciente comprende que no se evalúa si su familia estaría dispuesta a participar, sino en que grado sería necesario proporcionarle consejo para asesorarle en sus problemas familiares.

RELACIONES SOCIALES/ CON IGUALES

Amigos íntimos (Ítem 1): enfatice que se refiere a aquellos amigos más cercanos. Aquellos con los que mantiene comunicación de forma regular, en los que confía, y/o que participan en las mismas actividades. No incluya miembros de la familia o amigos que se consideren como de la familia.

Amigos íntimos y drogas (Ítem 2): pregunte primero cuantos amigos íntimos tiene que “regularmente” consuman drogas. Un consumo regular debe implicar un período de consumo de no menos de un mes por consumo. La frecuencia de uso “regular” se define generalmente como uso de sustancias una o más veces a la semana.

Conflictos y discusiones (Ítems 3, 4, y 10, 11): los conflictos requieren contacto personal o telefónico. Enfatice que se refiere a conflictos graves (ej. fuertes discusiones, abuso verbal, etc.), no simples diferencias de opinión. Estos conflictos deberán ser de tal magnitud que pongan en peligro la relación con la persona afectada. Se trata de problemas de comunicación extremadamente pobre, falta total de comprensión o confianza, discusiones frecuentes o rencor. Si el paciente no ha estado en contacto con la persona afectada durante el período de tiempo que se pregunta, anote una “N”, salvo que se sienta muy molesto o afectado por un problema reciente, en cuyo caso deberá anotar un “si”.

Satisfacción con la calidad de las relaciones (Ítem 5): Asegúrese de que el paciente comprende que esta pregunta está relacionada con el resto de ítems de esta sección. Se trata de una medida general que engloba factores positivos o negativos no incluidos en las preguntas que influyen en las respuestas del paciente. Anote estos factores en la sección de comentarios. Los novios/as se incluirán en el ítem 21, no en este ítem.

Duración de la relación con su novio/a (Ítem 7): contabilice la duración de las relaciones de 30 días o menos como un mes. Cada período consecutivo de más de una semana a partir del primer mes, se contabilizará como un mes completo. Las puntuaciones se calcularán en meses.

Uso de drogas del novio/a (Ítem 9): refiérase al ítem 2. Puntúe solamente el uso por parte de su pareja actual. Si el paciente tiene más de una pareja, puntúe el uso de droga del más consumidor. Anote una “A” en las drogas que identifique el paciente. En la sección de comentarios, escriba todos los términos coloquiales y pídale al paciente que identifique la sustancia. Si el paciente no es capaz de hacerlo, pídale que describa los efectos, si ha consumido esa droga, o que describa el comportamiento de su novio/a.

Satisfacción con la calidad de las relaciones (Ítem 12): Asegúrese de que el paciente comprende que esta pregunta está relacionada con el resto de ítems sobre su novio/a de esta sección. Se trata de una medida general que engloba factores positivos o negativos no incluidos en las preguntas que influyen en las respuestas del paciente. Anote estos factores en la sección de comentarios. Sólo los novios/as se incluirán en este ítem.

Puntuación del paciente (Ítems 14 y 15): recuerde al paciente que estas preguntas se relacionan con las anteriores cuestiones de tiempo libre y amigos. Revise las respuestas anteriores para asegurar que el paciente es consciente de las respuestas dadas antes de establecer una puntuación. Se trata de una medida general que engloba factores positivos o negativos no incluidos en las preguntas que influyen en las respuestas del paciente.

Anote estos factores en la sección de comentarios.

Escala de Gravedad para el Entrevistador (Ítems 16): se refiere a la insatisfacción, conflicto o problemas tratados que se relacionen con las relaciones sociales y el tiempo libre. Considere problemas sociales como soledad, incapacidad para socializar, e insatisfacción con sus amigos.

SITUACIÓN LEGAL

Derivación de la admisión (Ítem 1): anote “sí” si algún miembro del Sistema Judicial ha derivado al paciente al proceso de admisión, o si el rechazo o abandono del tratamiento conllevaría consecuencias legales perjudiciales para el paciente.

Libertad condicional/libertad vigilada (Ítem 2): anotar la duración y el nivel de la situación de libertad condicional o vigilada por separado puede ser útil. El adolescente se considerará un adulto cuando haya cumplido los 18 años, por tanto, la libertad vigilada se denomina entonces libertad condicional.

Cargos (Ítem 3): se trata de un registro del número y tipo de arrestos y cargos acumulados por el paciente durante toda su vida (no necesariamente condenas). Asegúrese de contabilizar el número total de cargos, no sólo arrestos. Se incluyen en este ítem las veces que el paciente ha sido interrogado o detenido (registre cualquier información adicional en la sección de comentarios). Incluya en “Otros” cualquier cargo *grave* como “amenazas terroristas”, desacato al tribunal, etc. Anote en la sección de comentarios si el tribunal ha juzgado al paciente como si fuera un adulto, tal como ocurre en casos de ofensa grave.

Aunque no sea oficialmente parte de la entrevista, se debe preguntar cuantas veces ha cometido cada uno de los siguientes delitos sin haber sido interrogado, detenido o acusado. Anótelos en la sección de comentarios. Refiérase a la siguiente lista de delitos/faltas:

- Hurto en las tiendas: robo de bienes en tiendas

- Vandalismo: daños intencionados o premeditados en la propiedad
- Violación de la libertad condicional/vigilada, incumplimiento del acuerdo sobre las normas de conducta aceptable
- Delitos con drogas, tenencia ilegal de drogas que resultan en imputación de cargos.
- Falsificación: falsificar o modificar material con la pretensión de estafar
- Delitos con armas, uso o posesión ilegal de armas
- Allanamiento de morada: entrar sin autorización en la propiedad ajena con la intención de cometer un delito grave (crímenes, asesinato, traición, robo, atraco, etc.)
- Atraco: sustraer de otro, contra su voluntad, propiedad que le pertenece o que es su responsabilidad
- Agresiones, acto violento e ilegal con el propósito de agredir a otra persona.
- Incendiar: quemar de forma intencionada o premeditada la propiedad ajena
- Violación: forzar a otra persona a mantener relaciones sexuales sin consentimiento.
- Homicidio: cualquier acto en el que se le ha quitado la vida a otra persona. Se incluye cuasidelito de homicidio (homicidio accidental), asesinato y homicidio sin premeditación
- Homicidio sin premeditación
 - a) Homicidio accidental, sin intención, por la violencia repentina del momento que había sido desatada por una gran provocación
 - b) Muerte causada por un acto ilícito cuya intención no era quitar la vida a otra persona
- Primer grado: involuntario; asesinato por negligencia
- Segundo grado: asesinato sin intención de causar la muerte
- Tercer grado: asesinato de una persona en un momento de ira pasional sin la pretensión de causar la muerte
- Prostitución: el acto de consentir relaciones sexuales promiscuas, especialmente por dinero, drogas, u otro tipo de recompensa
- Alteración del orden público: acción que pretende alterar el orden público o molestar a la gente que oye o ve la acción, o poner en

peligro la moral, la seguridad o la salud de la comunidad, de un grupo de personas o de la familia

- Vagabundeo: actividad de una persona sin medios visibles de apoyo económico, subsistiendo de la caridad, absteniéndose de trabajar para vivir pudiendo hacerlo
- Intoxicación pública: causar disturbios mientras se está en un estado de intoxicación
- Conducción bajo el efecto de las drogas: conducir cuando se encuentra con un nivel de alcohol en sangre igual o superior a lo permitido por ley
- Violaciones graves de circulación: imprudencia temeraria en la conducción, exceso de velocidad, sin permiso de conducción, etc.
- Escándalo público: causar escándalo público
- Absentismo escolar: One who stays out of school without permission

Condenas (Ítem 4): se incluyen multas, libertad condicional, penas de prisión en caso de reincidir, sentencias de encarcelamiento. Las condenas incluyen declaración de culpabilidad. Las violaciones de la libertad condicional se contabilizarán automáticamente como condenas.

Encarcelamiento (Ítem 5): anote el número total de meses que ha pasado en prisión, centro de internamiento de menores, u otras medidas de restricción de libertad (ej. pisos tutelados) independientemente de si el cargo resultó en condena. Si el paciente ha sido detenido y tratado como si fuera adulto cuando era todavía un menor, indíquelo en la sección de comentarios.

Duración del encarcelamiento (Ítem 6): anote una "N" si el paciente nunca ha estado encarcelado.

Cargo (Ítem 7): si el paciente ha estado encarcelado por múltiples cargos, anote el más grave o aquel por el cual se le haya aplicado la sentencia más grave. Señale con una "N" la casilla si el paciente nunca ha estado encarcelado.

Cargos (Ítem 9): escriba una "N" si el paciente no está esperando una condena, un juicio o una sentencia. No incluya pleitos civiles sal-

vo que se halle implicada una ofensa criminal (desacato a la autoridad).

Encarcelamiento (Ítem 10): se incluye estar detenido (ej. ser arrestado y puesto en libertad el mismo día).

Actividades ilegales (Ítem 11): anote el número de días que el paciente se dedicó a actividades delictivas para obtener beneficios. No contabilice pequeñas tenencias de droga. Incluya tráfico de drogas, prostitución, robo con allanamiento de morada, venta de bienes robados, etc.

Puntuación del paciente (Ítems 12 y 13): estos ítems se relacionan con las preguntas anteriores. Recuerde al paciente sus respuestas anteriores antes de escoger una puntuación. No incluya problemas civiles. En el ítem 13, el paciente debe valorar la necesidad de asesoramiento legal.

ESTADO PSIQUIÁTRICO

Tratamientos (Ítem 1): se incluirá cualquier tipo de tratamiento por problemas psiquiátricos. *No incluya* abuso de sustancias, asesoramiento laboral o familiar. La unidad de medida es un episodio de tratamiento, no el número de visitas o de días en tratamiento.

Síntomas psiquiátricos (Ítems 2-9): se refieren a síntomas psiquiátricos *graves*. Los ítems 2, 3 y 5 evalúan depresión, ansiedad y concentración y se dirigen a identificar períodos de malestar *grave*, no a un sólo día. Los otros síntomas (ítems 4, 5, 7, 8 y 9) son de suficiente importancia como para indicar incluso mínimas justificaciones de su existencia.

Depresión (Ítem 2): tristeza, desesperanza, pérdida de interés significativa, apatía, dificultad con el funcionamiento diario, ataques de llorera, etc.

Ansiedad (Ítem 3): tensión, sentimientos de nerviosismo, incapacidad para relajarse, miedo irracional, etc.

Ideas delirantes (Ítem 4): convicciones o creencias rígidas que no suelen ser ciertas y que no comparte ningún miembro perteneciente a su subgrupo religioso o cultural.

Pueden darse de forma fugaz de tal manera que el sujeto tenga esa creencia inflexible de forma breve, o por el contrario, puede ser estable.

Alucinaciones (Ítem 5): percepción distorsionada en la que el paciente cree oír o ver cosas que no se hayan presentes. Este ítem se restringe a períodos en los que el paciente no había consumido ni estaba en abstinencia.

Problemas cognitivos (Ítem 6): dificultades graves para concentrarse, recordar y/o comprender.

Dificultad para controlarse (Ítem 7) o pérdida de control, ira o *violencia*.

Ideación suicida (Ítem 8): se refiere a los casos en que el paciente considera seriamente un plan o un método para quitarse la vida.

Intentos de suicidio (Ítem 9): intentos o ademanes de cometer suicidio. IMPORTANTE: pregunte al paciente si ha pensado suicidarse recientemente. Si la respuesta del paciente es afirmativa, y/o parece que está tan deprimido como para llegar al punto de cometer tal

acto, *notifíquese*lo a un miembro del equipo de tratamiento de forma inmediata.

Medicación (Ítem 10): debe haber sido prescrita por un médico debido a problemas psicopatológico o emocionales.

Duración de los problemas (Ítem 11): se refiere exclusivamente a los problemas enumerados en los ítems 2-9.

Puntuación del paciente (Ítems 12 y 13): estos ítems se relacionan con las preguntas anteriores. Recuerde al paciente sus respuestas antes de escoger una puntuación. En el ítem 11, el paciente debe evaluar el grado en que ha experimentado esos problemas en el mes anterior. Asegúrese de que el paciente comprende que no se refiere a derivación psiquiátrica, o al comienzo, adición, o aumento de medicación psicotrópica.

Síntomas presentes (Ítems 14-19): el entrevistador deberá valorar según el comportamiento del paciente y de sus respuestas en la entrevista, la presencia de síntomas manifiestos en estas categorías.