

Índice De Severidad De Adicción 5ta Edición

Versión Compatible Al Censo Clínica/De Entrenamiento

(Patrocinado por: Sistemas Quickstart, Inc.)

Harold C. Urshel, III, M.D.

Jacqueline Blair

A. Thomas McLellan, Ph.D.

Traducción: José D. Morales

Introducción al ISA:

Siete áreas de problemas potenciales: Médico, Empleo/Sustento, Alcohol, Drogas, Legal, Familiar/Social y Psicológico. Todos los clientes reciben esta misma entrevista estándar. Toda la información adquirida será confidencial.

Discutiremos dos periodos de tiempo:

1. Durante los últimos 30 días
2. Durante toda su vida

Escala de Evaluación del Paciente: La participación del paciente es esencial. En cada área utilice la escala a continuación para describir cuánto le ha afectado cualquiera de los problemas en cada sección, también se le preguntará, cuán importante le es recibir tratamiento en el área discutida.

La Escala es:

- 0-Nada en absoluto
- 1-Poco o levemente
- 2-Moderadamente
- 3-Considerablemente
- 4-Extremadamente

Si se siente incómodo contestando, no tiene que contestar.

!Favor de proveer información correcta!

Recuerde: Esto es una entrevista, no un examen.

Instrucciones al Entrevistador:

1. No deje espacios en blanco.
2. Anote todos los comentarios (si otra persona lee este ISA, ella debe de tener una idea, relativamente completa de la percepción del cliente y sus problemas).
3. X=La pregunta no se contestó.
N=La pregunta no se aplica.
4. Descontinúe la entrevista si el cliente miente en dos secciones o más.
5. Cuando anote comentarios, por favor anote el número de la pregunta .
6. Instrucciones y notas de codificación son precedidas con ">"

Escala del Entrevistador:

0-1 = No hay problema
2-3 = Un problema mínimo
4-5 = Un problema moderado
6-7 = Un problema severo
8-9 = Un problema extremo

REGLA DEL MEDIO TIEMPO: Si una pregunta se refiere al número de meses, redondee periodos de 14 días o más a un mes. Redondee periodos de 6 meses o más a un año.

EVALUACION DE VERACIDAD:

>Los últimos dos artículos en cada sección
>No exagere
>La negación no constituye falsedad
>Falsedad = contradicción de información obvia .

SONDEE Y ANOTE MUCHOS COMENTARIOS!

CATEGORIAS DE HOLLINGSHEAD:

1. Altos ejecutivos, profesionales, dueños de grandes empresas.
2. Gerentes, profesionales tales como: enfermeras, optómetras, farmacéuticos, trabajadores sociales, profesores.
3. Personal administrativo, gerentes, profesionales, dueños de pequeños negocios, e.j., negocios de panadería, automóviles, grabación, plomería y floristería. Decoradores, actores, periodistas, agentes de viaje.
4. Trabajadores de oficina y vendedores, técnicos, trabajadores de comercios pequeños (cajeros, contadores, oficinistas, delineantes, cronometradores, secretarios.)
5. Trabajadores diestros que normalmente reciben entrenamiento previo (panadero, barbero, jefe de cocina, electricista, bombero, operario, mecánico, pintor, reparador, sastre, soldador, policía, plomero).
6. Semi-diestro (ayudante de hospital, camarero de cantina, conductor de autobús, cocinero, guardia, camarero, soldador, operador de máquinas).
7. Trabajadores no diestros (trabajadores de servicios doméstico, ayudante de construcción, obrero sin especialización, maletero, desempleados).
8. Amas de casa
9. Estudiantes, personas con incapacidades, personas sin profession.

LISTA DE DROGAS COMUNMENTE USADAS:

Alcohol: Cerveza, vino, licor
Opiáceos: Analgésicos = Morfina, Dilaudid, Demerol, Percocet, Darvon, Talwin, Codeína, Tylenol 2,3,4, Jarabes = Robitussin, Fentanyl
Barbitúricos: Nebutal, Seconal, Tuinol, Amytal, Pentobarbital, Secobarbital, Phenobarbital, Fiorinol
Sedativos: Benzodiazepines = Valium, Librium, Ativan, (Hipnosedantes, Serax, Tranxene, Dalmane, Halcion, Xanax, Tranquilizantes) Miltown. Otros = Chloral Hydrate (Noctex), Quaaludes
Cocaína: Cocaína en cristal, "Crack" y Cocaína en forma de "Piedras"
Anfetaminas: Monstro, Crank, Benzadrine, Dexedrine, Ritalin, Preludin, Methanfetamina
Cannabis: Marijuana, Hashish
Alucinógenicos: LSD, "Hongos o Mushrooms" (Psilocybin), Mescaline, Peyote, PCP (Phencyclidine) "Angel Dust", "Ecstasy".
Inhalables: Nitrous Oxide, Amyl Nitrate (Whippits, Poppers), Goma de pegar/Cola, Solventes (Gasolina, etc.)
Solamente anote el uso de: Antidepresivos
Medicamentos para las úlceras = Zantac, Tagament
Medicamentos del asma = Inhalador de Ventoline, Theodur
Otros Medicamentos: Antipsicóticos, Lithium

INSTRUCCIONES RELACIONADAS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL:

Las siguientes preguntas se refieren a dos periodos de tiempo: durante los últimos 30 días y durante toda su vida. Durante toda su vida se refiere al periodo antes de los últimos 30 días.

- > Preguntas de 30 días sólo requieren el número de días de uso.
- > Uso durante toda la vida se refiere a uso durante periodos prolongados.
- > Uso regular = 3 veces o más por semana, borracheras o uso irregular y problemático donde las actividades diarias son comprometidas.
- > Uso de alcohol hasta la embriaguez no necesariamente significa "borracheras", use la frase "sentir los efectos", etc. Por regla general, 5 o más bebidas en un día o 3 bebidas seguidas se define como embriaguez.
- > Cómo preguntar:
 - > ¿Cuántos días de los últimos 30 ha usado...?
 - > ¿Cuántos años en su vida ha usado...con regularidad?

INFORMACION GENERAL

Identificación:

Número de Seguro Social:

Fecha de Admisión: / /

Fecha de la Entrevista: / /

Hora comenzada: HORA:MINUTOS :

Hora terminada: HORA:MINUTOS :

Clase: 1. Admisión 2. Seguimiento

Código de Contacto: 1. En persona 2. Por teléfono 3. Por correo
(Es necesario que el ISA de admisión sea administrado personalmente.)

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Número del Episodio de Tratamiento:

Número Código del Entrevistador:

Nombre del Entrevistador: _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL PACIENTE:

Nombre _____

Dirección 1 _____

Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Número telefónico corriente _____

Índice De Severidad										
Problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico										
Empleo										
Alcohol										
Drogas										
Legal										
Familiar										
Psicológico										

PREGUNTAS GENERALES:

14. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? /
(Años/Meses)

15. ¿Es propiedad suya o de un familiar?
0-No 1-Sí

16. Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /

17. ¿De qué raza se considera?
1. Blanco (no Hispano) 2. Negro (no Hispano) 3. Indio/Nativo de America 4. Indio/Nativo de Alaska 5. Asiático/Isleño del Pacífico
6. Hispano- Mexican 7. Hispano- Puerto Rican 8. Hispano- Cuban 9. Hispano Otro

18. ¿Tiene alguna preferencia religiosa?
1. Protestante 2. Católica 3. Judía 4. Islámica 5. Otra 6. Ninguna

19. ¿Ha estado en un ambiente controlado durante los últimos 30 días?
1. No 2. Encarcelado 3. Tratamiento de Drogas/Alcohol >Un lugar sin acceso a drogas/alcohol
4. Tratamiento Médico 5. Tratamiento Psiquiátrico 6. Otro: _____

20. ¿Cuántos días?
> "NN" si la pregunta 6 es No. Se refiere al número total de días detenido durante los últimos 30 días.

RESULTADOS DE EXAMENES ADICIONALES

COMENTARIOS SOBRE INFORMACION EN GENERAL (Anote el número de la pregunta con sus notas)

Indice De Severidad De Adicción, 5ta Edición
ESTADO MEDICO

11. ¿Incapacidad del paciente para comprender?
0-No 1-Si

1. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por problemas médicos?
>Incluya sobredosis y D.T. (Delirio Tremens). Excluya desintoxicaciones y tratamiento psiquiátrico, de drogas/alcohol y partos (sin complicaciones). Apunte la cantidad de hospitalizaciones de la noche a la mañana por problemas médicos.

(Versión Compatible Al Censo Clínica/De Entrenamiento)

2. ¿Cuánto tiempo hace que estuvo hospitalizado por un problema físico: /
>Si no hubo hospitalizaciones en el #1, marque "NN".

COMENTARIOS MEDICOS

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

3. ¿Tiene algún problema médico crónico que continua interfiriendo con su vida?
0-No 1-Si
Sí la contestación es "Sí", especifique en los comentarios
>Una condición médica crónica es una condición física seria o médica que exige tratamiento constante (e.j., medicamento, régimen de dieta) impidiendo el completo aprovechamiento de sus habilidades.

4. ¿Toma algún medicamento con regularidad, recetado para un problema físico?
Sí la contestación es "Sí", especifique en los comentarios. 0-No 1-Si
>Medicamento recetado por un doctor en medicina para una condición médica, excluyendo medicinas psiquiátricas. Incluya medicamentos recetados, aunque no se lo esté tomando. El intento es de verificar problemas médicos crónicos.

5. ¿Recibe una pensión por alguna incapacidad física?
0-No 1-Si
>Incluya la compensación por desempleo, excluya incapacidad psiquiátrica.
Sí la contestación es "Sí", especifique en los comentarios.

6. ¿En los últimos 30 días, cuántos días ha tenido problemas médicos?
>No incluya enfermedades directamente causadas por drogas/alcohol. Incluya la gripe, resfriados, etc. y enfermedades serias, relacionadas con el uso de drogas/alcohol las cuales continuarían aunque estuviera abstemio (e.j., cirrosis del hígado, abscesos causados por jeringillas, etc.).

Para las preguntas #7 v #8 solicite al paciente que utilice la escala de Evaluación del Paciente.

7. ¿En los últimos 30 días, cuánto le ha preocupado o molestado estos problemas médicos?
>Limite la respuesta a los días problemáticos del #6.

8. ¿Cuán importante le es recibir tratamiento para estos problemas médicos?
>Se refiere a la necesidad de tratamiento médico **adicional** por parte del paciente.

Evaluación de Severidad del Entrevistador
9. ¿Cómo evalúa la necesidad del paciente de recibir tratamiento médico?
>Refiérase a la necesidad del paciente de recibir tratamiento médico adicional.

Evaluación de Veracidad del Paciente

La información anterior está significativamente mal representada por:

10. ¿Intención de parte del paciente? 0-No 1-Si

ESTADO DE EMPLEO / SUSTENTO

1. Nivel de educación completada: /
>Diploma de equivalencia general = cuarto año de escuela superior, anote en los comentarios.
>Solamente incluya educación oficial. Años Meses
2. Educación técnica o adiestramiento completado:
>Solamente adiestramiento oficial. Meses
Para adiestramiento militar, solamente incluya adiestramiento que se pueda utilizar en la vida civil, e.j., electrónica versus artillería.
3. ¿Tiene una profesión, oficio o destreza?
>Una destreza transferible/empleable adquirida por adiestramiento. 0-No 1-Sí
Si la contestación es “Sí” (especifique) _____
4. ¿Tiene una licencia válida de conducir?
>Licencia válida; no suspendida o revocada. 0-No 1-Sí
5. ¿Tiene un automóvil disponible?
>Si la contestación del #4 es “No”, marque “NN”.
No requiere posesión, solamente disponibilidad con regularidad. 0-No 1-Sí
6. ¿Cuál es la cantidad de tiempo más largo que ha estado empleado en un trabajo de tiempo completo, durante toda su vida?
>Tiempo completo = 35 o más horas semanalmente; no se refiere necesariamente al empleo más reciente. /
Años Meses
7. ¿Oficio (último o) principal?
(Especifique) _____
(Use las categorías de Hollingshead en la página de referencia)
8. ¿Alguien contribuye de cualquier manera a su sustento?
>El paciente está recibiendo el sustento con regularidad (e.j., dinero, comida, vivienda) de parte de familiares/amistades. Incluya contribuciones del cónyuge; excluya mantenimiento institucional. 0-No 1-Sí
9. ¿Esto constituye la mayoría de su sustento? >Si el # 8 es “No”, marque “N”. 0-No 1-Sí
10. ¿Patrón usual de empleo durante los últimos 3 años?
1. A tiempo completo (35 o más horas) 5. Servicio militar
2. A tiempo parcial (horas regulares) 6. Jubilado/Incapacitado
3. A tiempo parcial (horas irregulares) 7. Desempleado
4. Estudiante 8. En un ambiente controlado
>La respuesta debe representar la mayoría de los últimos 3 años, no la selección más reciente. Si hay épocas iguales para más de una categoría, escoja la que mejor represente la situación más reciente.
11. ¿Cuántos días le han pagado por su trabajo durante los últimos 30 días?
>Incluya empleo “por debajo de la mesa”, días de enfermedad pagados y vacaciones.

COMENTARIOS DE EMPLEO / SUSTENTO

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

EMPLEO / SUSTENTO (Continuación)

¿Cuánto dinero ha recibido durante los últimos 30 días por lo siguiente:

12. Empleo?
 >Incluya dinero pagado por "debajo de la mesa".
13. Compensación por desempleo?
14. Asistencia pública?
 >Incluya cupones de alimentos y dinero para transportación, provisto por una agencia para ir y regresar a un centro de tratamiento.
15. Pensiones, beneficios o Seguro Social?
 >Incluya incapacidad, jubilación, pensiones, beneficios de veteranos, indemnización de empleo y SSI.
16. Esposo(a), familia o amigos?
 >Dinero por gastos personales, (e.j., ropa), incluya fuentes imprevistas de ingreso (e.j., apuestas). Solamente anote pagos en dinero en efectivo. Incluya dinero imprevisto golpes de suerte, préstamos, apuestas, herencias, declaraciones de ingresos, etc.
17. Ilegalmente?
 >Dinero en efectivo recibido por venta de drogas, robo, venta de artículos hurtados, apuestas, prostitución, etc. No transfiera dinero en efectivo, el valor de drogas ofrecidas como parte del pago.
18. Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su sustento (comida, vivienda, etc.)?
 >Tiene que ser que dependa del paciente con regularidad, no incluya pensión del cónyuge y pensión alimenticia, no incluya al paciente o a la pareja si esta es autosuficiente.
19. ¿En los últimos 30 días, cuántos días ha tenido problemas de empleo?
 >Incluya la inhabilidad de conseguir empleo, si está activamente buscando empleo o problemas que tenga en su trabajo actual, el cual está poniendo a riesgo.

Para las preguntas #20 y #21 solicite al paciente que utilice la escala de Evaluación del Paciente.

20. ¿En los últimos 30 días cuánto le ha preocupado o molestado estos problemas de empleo?
 >Si el paciente ha estado encarcelado o detenido durante los últimos 30 días, no tuvo "problemas de empleo". En ese caso, una respuesta con "N" se indica.

21. ¿Cuán importante le es recibir consejería en relación a estos problemas de empleo?
 >Las evaluaciones del paciente en las preguntas #20 y #21 se refieren a la pregunta #19. Enfatice que esto se refiere a la ayuda en encontrar o prepararse para un trabajo, no el acto de darle un trabajo.

Evaluación de Severidad del Entrevistador

22. ¿Cómo evalúa la necesidad del paciente de recibir consejería por sus problemas de empleo?

Evaluación de Veracidad del Paciente

La información anterior esta significativamente mal representada por..

23. ¿Intención del paciente? 0-No 1-Si
24. ¿Incapacidad del paciente para comprender? 0-No 1-Si

COMENTARIOS DE EMPLEO / SUSTENTO

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

USO DE DROGAS / ALCOHOL

Vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumado 4. Inyección (No intravenosa) 5. Inyección Intravenosa. Anote la vía de uso acostumbrado o corriente. Para más de una vía, escoja la más severa. Las vías están enlistadas desde la menos severa a la más severa.

		Durante los últimos 30 Días	Durante la vida (Años)	Vía de administración
1	Alcohol (cualquier uso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Alcohol (ha embriaguez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4	Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5	Otros Opiáceos/Analgésicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6	Barbitúricos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sedativos/Hipnosedantes/ Tranquilizantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8	Cocaína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9	Anfetaminas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10	Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11	Alucinógenos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12	Inhalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13	Más de una sustancia al día (incluyendo alcohol)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

14. ¿De acuerdo al entrevistador, cuál sustancia constituye el problema principal?

>El entrevistador debe de determinar la droga de abuso principal. Codifique el número al lado de la droga en las preguntas #1-#12, "00" = no hay problema, "15" = alcohol y una o más drogas "16" = más de una droga Preguntele al paciente si tiene duda.

15. ¿Cuánto tiempo duró la última abstinencia voluntaria de esta sustancia principal?
Meses

>La última abstinencia que ha durado por lo meno un mes; no necesariamente la más larga. Periodos de hospitalización o encarcelación no cuentan. Periodos del uso de antabuse, metadona o naltrexone durante la abstinencia cuentan. Solamente indique periodos de 30 días o más.
>00 = nunca abstemio.

16. ¿Cuántos meses hace que terminó esta abstinencia?

> Si la pregunta #15 = 00, #16 = NN.; marque "00" si todavía está abstemio

17. ¿Cuántas veces ha sufrido.. DT's por alcohol?

>**Delerium Tremens (DT's):** Suceden 24-48 horas después de la última bebida, o disminución significativa del consumo de alcohol: temblores, desorientación severa, fiebre, alucinaciones que usualmente requieren atención médica.

18. Sobredosis de drogas?

>**Sobredosis (SD):** Requiere intervención de alguien para recapacitar, el dormir no disminuye los efectos, incluya intentos de suicidio por sobredosis.

COMENTARIOS DE DROGAS / ALCOHOL

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

DROGAS / ALCOHOL (Continuación)

19. ¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por abuso de alcohol?
>Incluya desintoxicación, domicilios de medio camino, consejería como paciente interno o externo, y A.A. (si 3 o más reuniones durante el período de un mes).

21. ¿Cuántas de estas han sido solamente desintoxicaciones de alcohol?
>Si la #19 = "00", luego la #21 = "NN"

23. ¿Cuánto dinero diría que ha gastado durante los últimos 30 días en alcohol?
>Solamente incluya dinero en efectivo gastado. ¿Cuál es la carga financiera causada por drogas/alcohol?

20. ¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por abuso de drogas?
>Incluya desintoxicación, domicilios de medio camino, consejería como paciente interno o externo, y N.A. (si 3 o más reuniones durante el período de un mes).

22. ¿Cuántas de estas han sido solamente desintoxicaciones de drogas?
>Si la #20 = "00", luego la #22 = "NN"

24. ¿Cuánto dinero diría que ha gastado durante los últimos 30 días en drogas?
>Solamente incluya dinero en efectivo gastado. ¿Cuál es la carga financiera causada por drogas/alcohol?

25. ¿Cuántos de los últimos 30 días ha sido tratado como paciente externo por el uso de drogas/alcohol? (Incluya a N.A. o A.A.)

26. ¿En los últimos 30 días, cuantos días ha tenido problemas de alcohol?
>Solamente incluya: Ansiedad, síntomas de abstinencia, efectos negativos a causa del uso o deseos de discontinuar el uso, pero inhabilidad de hacerlo.

Para las preguntas #28 y #30 solicite al paciente que utilice la escala de Evaluación del Paciente.

El paciente está evaluando la necesidad de tratamiento adicional por el abuso de sustancias.

28. ¿En los últimos 30 días cuánto le han preocupado o molestado estos problemas de alcohol?

30. ¿Cuán importante les, recibir tratamiento para estos problemas de alcohol?

27. ¿En los últimos 30 días, cuantos días ha tenido problemas de drogas?
>Solamente incluya: Ansiedad, síntomas de abstinencia, efectos negativos a causa del uso o deseos de discontinuar el uso, pero inhabilidad de hacerlo.

Para las preguntas #29 y #31 solicite al paciente que utilice la escala de Evaluación del Paciente.

El paciente está evaluando la necesidad de tratamiento adicional por el abuso de sustancias.

29. ¿En los últimos 30 días cuánto le han preocupado o molestado estos problemas de drogas?

31. ¿Cuán importante les, recibir tratamiento para estos problemas de drogas?

Evaluación de Severidad del Entrevistador

¿Cómo evalúa la necesidad del paciente para recibir tratamiento:

32. Para sus problemas de alcohol?

33. Para sus problemas de drogas?

Evaluación de Veracidad del Paciente

La información anterior está significativamente mal representada por:

34. ¿Intención del paciente? 0-No 1-Si

35. ¿Incapacidad del paciente para comprender? 0-No 1-Si

COMENTARIOS SOBRE DROGAS / ALCOHOL

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

ESTADO LEGAL

1. ¿Esta admisión fue iniciada o sugerida por el sistema judicial? 0-No 1-Sí
 >Juez, oficial de probatoria/libertad condicional, etc.

2. ¿Está en libertad condicional o probatoria?
 >Anoté la duración y nivel en los comentarios. 0-No 1-Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido arrestado y cargado con lo siguiente?

03 Ratería/vandalismo	<input type="text"/>	10 Asalto	<input type="text"/>
04 Violación de Probatoria/ libertad condicional	<input type="text"/>	11 Incendio provocado	<input type="text"/>
05 Cargos de drogas	<input type="text"/>	12 Violación sexual	<input type="text"/>
06 Falsificación de documentos	<input type="text"/>	13 Homicidio/Homicidio sin premeditación	<input type="text"/>
07 Delitos de armas	<input type="text"/>	14 Prostitución	<input type="text"/>
08 Robo con allanamiento de morada, hurto, entrada por fuerza	<input type="text"/>	15 Desacato a la corte	<input type="text"/>
09 Robo	<input type="text"/>	16 Otro delito: _____	<input type="text"/>

>Incluya el número total de cargos, no solamente convicciones. No incluya crímenes juveniles (antes de los 18 años) a menos que fuera acusado como un adulto. Incluya solamente cargos formales.

17. ¿Cuántos de estos cargos resultaron en convicciones?
 >Si #03 - #16 = "00", marque "NN"
 >No incluya delitos menores en las preguntas 18-20 más abajo.
 >Convicciones incluyen: Multas, libertad condicional, encarcelaciones, sentencias suspendidas y declaraciones de culpabilidad.

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado por lo siguiente?

18. ¿Desorden público, holgazanería o intoxicación pública?

19. ¿Manejar en estado de embriaguez?

20. ¿Infracciones mayores de tránsito?
 >Violaciones de tránsito: manejando a exceso de velocidad, imprudentemente o no poseyendo licencia de conducir, etc.

21. ¿Durante toda su vida, cuántos meses ha estado encarcelado?
 Meses
 >Si ha estado encarcelado 2 semanas o más, se redondea a un mes. Anote la cantidad total de meses encarcelado.

22. ¿Cuánto tiempo duró su último encarcelamiento?
 Meses
 >Marque "NN" si nunca estuvo encarcelado.

23. ¿Cuál fue el cargo?
 >Use el código #03 - #16, #18 - #20. Si hay cargos múltiples, use el código más severo. Marque "NN" si nunca ha estado encarcelado.

24. ¿Actualmente está esperando acusaciones, juicio o sentencia?
 0-No 1-Sí

25. ¿Por cuál violación?
 >Se refiere a la pregunta #24, si hay varios, escoja el más grave. No incluya casos civiles, a menos que un delito criminal haya sido envuelto.

26. ¿Cuántos días de los últimos 30 ha estado detenido o encarcelado?
 >Incluya el haber sido detenido y puesto en libertad el mismo día.

COMENTARIOS SOBRE EL ESTADO LEGAL

(Anoté el número de la pregunta con sus notas)

ESTADO LEGAL (Continuación)

27. ¿Durante los últimos 30 días, cuántos días ha estado envuelto en actividades ilegales para su propio provecho?
 >Incluya posesión simple de drogas. Incluya ventas de drogas, prostitución, venta de artículos robados, etc. Se puede comprobar con la pregunta #17 en la sección de Empleo/Sustento.

Para las preguntas #28 y #29 solicite al paciente que utilice la Escala de Evaluación del Paciente.

28. ¿Cuán serios son estos problemas legales?
 >Excluya problemas civiles.

29. ¿Cuán importante le es recibir consejería o ser referido sobre sus problemas legales?
 >El paciente está evaluando la necesidad de obtener referidos adicionales para su defensa en cargos criminales.

Evaluación de Severidad del Entrevistador

30. ¿Cómo evalúa la necesidad del paciente de recibir servicios legales o consejería?

Evaluación de Veracidad del Paciente

¿La información anterior está significativamente malrepresentada por:
 31. Intención del paciente? 0-No 1-Sí

32. Incapacidad del paciente para comprender? 0-No 1-Sí

COMENTARIOS SOBRE EL ESTADO LEGAL

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene familiares por sangre que han tenido lo que llamaría un problema significativo con bebidas alcohólicas, uso de drogas o problemas psiquiátricos? **Uno que provocó o hubiese provocado tratamiento.**

Lado Materno	Alc.	Dro.	Psiq.	Lado Paterno	Alc.	Dro.	Psiq.	Hermanos	Alc.	Dro.	Psiq.
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano/Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano/Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano/Hermana 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano/Hermana 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

0 = Claramente No por todos los familiares en esa categoría X = Incierto o desconocido
 1 = Claramente Sí por todos los familiares en esa categoría N = Nunca hubo un familiar

>En casos donde hay más de una persona por categoría, anote el más severo. Acepte la opinión del paciente para estas preguntas

COMENTARIOS SOBRE LA HISTORIA FAMILIAR

FAMILIA / RELACIONES SOCIALES

1. Estado Civil:

- 1- Casado 3- Viudo 5- Divorciado
 2- Casado por segunda vez 4- Separado 6- Nunca casado
 >Casado bajo ley consensual = #1, especifique en los comentarios

2. ¿Cuánto tiempo lleva en este estado civil (#1)?

>Si nunca ha estado casado, anote la cantidad de tiempo desde los 18 años.

		/		
Años			Meses	

3. ¿Está satisfecho con esta situación?

Satisfecho = generalmente contento con la situación.
 Se refiere al #1 y #2.

4. Arreglos normales de vivienda durante los últimos 3 años:

- 1-Con la pareja sexual e hijos 6-Con amistades
 2-Solamente con la pareja sexual 7-Solo
 3-Solamente con sus hijos 8-En un ambiente controlado
 4-Con padres 9-Sin arreglo estable
 5-Con familiares

>Escoja el arreglo que mejor represente los últimos 3 años.
 Si hay una división exacta en el tiempo, anote el arreglo más reciente.

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido bajo este arreglo?

>Si con los padres, desde los 18 años.
 >Codifique años y meses viviendo en los arreglos de la #4.

		/		
Años			Meses	

6. ¿Está satisfecho con estos arreglos?

0-No 1-indiferente 2-Sí

¿Vive con alguien que:

7. Actualmente tiene un problema con alcohol?

0-No 1-Sí

8. Usa drogas sin receta?

(o los abusos prescribieron drogas)

0-No 1-Sí

9. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

(1-Familia 2-Amistades 3-Solo)

>Si una novia/novio es considerado como familiar por el paciente, el paciente está obligado a referirse a ellos como familiar durante toda la sección y no como amistad. Familiares no se consideran "amigos".

10. ¿Está satisfecho empleando su tiempo libre de esta manera?

0-No 1-indiferente 2-Sí

>Una respuesta satisfactoria tiene que indicar que la persona generalmente le gusta la situación. Refiriéndose a la pregunta #7.

11. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

>Enfatice la palabra **íntimo** y excluya miembros familiares. Estas son relaciones "recíprocas" o de apoyo mutuo.

Diría que ha tenido relaciones íntimas y recíprocas con las siguientes personas:

12. Madre

15. Pareja sexual/Espos(a)

13. Padre

16. Hijos

14. Hermanos(as)

17. Amigos

0=Claramente No por todos en la categoría X=Incierto o desconocido

1=Claramente Sí por todos en la categoría N=Nunca hubo un familiar

>Por recíproco, se interpreta "que usted haría todo lo posible por ayudarlos y ellos harían lo mismo por usted."

COMENTARIOS SOBRE LA FAMILIA / RELACIONES SOCIALES

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

FAMILIA / RELACIONES SOCIALES (Cont.)

¿Ha tenido periodos importantes en los que has experimentado dificultad en las relaciones con las siguientes personas:

Table with 4 columns: Question number, Name, 'En los últimos 30 días', 'En su vida'. Rows include Madre, Padre, Hermanos(as), Pareja Sexual/Esposo(a), Hijos, Otros familiares significativos, Amigos íntimos, Vecinos, Compañeros de trabajo.

“Problemas serios” son problemas que han puesto la relación en peligro. Un “problema” requiere contacto de una forma, por teléfono o en persona.

¿Alguna de las personas (en preguntas #18 -#26) ha abusado de ud:

Table with 4 columns: Question number, Abuse type (Emocionalmente, Físicamente, Sexualmente), 'Durante los últimos 30 días', 'En su vida'.

¿En los últimos 30 días, cuántos días ha tenido conflictos graves: 30. Con su familia?

Para las preguntas #32 y #34 solicite al paciente que utilice la Escala de Evaluación del Paciente.

¿En los últimos 30 días cuánto le ha preocupado o molestado sus: 32. Problemas familiares?

¿Cuán importante le es recibir tratamiento o consejería para sus: 34. Problemas familiares? >El paciente está evaluando la necesidad de su familia de consejería para resolver problemas familiares, y no determinando la disposición de su familia para participar en consejería.

¿En los últimos 30 días, cuántos días ha tenido conflictos graves: 31. Con otras personas (excluyendo a familiares)?

Para las preguntas #33 y #35 solicite al paciente que utilice la Escala de Evaluación del Paciente.

¿En los últimos 30 días cuánto le ha preocupado o molestado sus: 33. Problemas sociales? (Con personas fuera de su familia).

¿Cuán importante le es recibir tratamiento o consejería para sus: 35. Problemas Sociales? >Excluya la necesidad del paciente para solicitar tratamiento por tales problemas sociales como soledad, inhabilidad de socializar e insatisfacción con las amistades. La evaluación del paciente debe

referirse a insatisfacción, conflictos u otros problemas serios. Excluya problemas que hubiesen sido eliminados si el paciente no estuviera abusando drogas.

Evaluación de Severidad del Entrevistador 36. ¿Cómo evalúa la necesidad del paciente de recibir consejería familiar o social?

Evaluación de Veracidad del Paciente ¿La información anterior está significativamente mal representada por:

37. Intención del paciente? 0-No 1-Si
38. Incapacidad del paciente para comprender? 0-No 1-Si

COMENTARIOS SOBRE LA FAMILIA / RELACIONES SOCIALES

(Anote el número de la pregunta con sus notas)

Series of horizontal lines for writing comments.

COMENTARIOS SOBRE EL ESTADO

PSIQUIATRICO (Anote el número de la pregunta con sus notas)

ESTADO PSIQUIATRICO (Continuación)

- 17. Evidentemente ansioso/nervioso
- 18. Teniendo problemas de contacto con la realidad, desórdenes de pensamiento, o pensamientos paranoides
- 19. Teniendo problemas comprendiendo, concentrándose o recordando
- 20. Teniendo pensamientos de suicidio

Evaluación de Severidad del Entrevistador

- 21. ¿Cómo evalúa ud. la necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico/psicológico?

Evaluación de Veracidad del Paciente

¿La información anterior está significativamente mal representada por:

- 22. ¿Intención del paciente? 0-No 1-Si
- 23. ¿Incapacidad del paciente para comprender? 0-No 1-Si

G50. Molidad prevista de tratamiento más apropiada para el paciente:

- 1. Paciente interno/residencial
- 2. Paciente externo intensivo (más de seis horas a la semana)
- 3. Paciente externo
- 4. Mantenimiento de la metadona
- 5. No colocan al cliente. El tratamiento no es necesario.

X

G12. Especial Codigo:

- 1. Entrevistador canceló
- 2. Paciente rehusó
- 3. Paciente incapacitado para responder
- N. Entrevista completado
