

Indice Europeo de Gravedad de la Adicción

Artículo Original

Kokkevi A, Hastgers C. European adaptation of a multidimensional assesment instrument of drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210.

Artículo de Adaptación al Castellano

Bobes J, González MP, Saiz PA, Bousoño M. Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 1996; 201-218.

Evalúa

Gravedad de la dependencia.

Composición

141 ítems

Duración Complimentación

45-60 minutos.

Descripción

- Instrumento heteroaplicado. Es necesario un entrenamiento previo.
- Es una entrevista clínica semiestructurada que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente que pueden haber contribuido a su síndrome de abuso de sustancias.
- Los ítems se distribuyen en 6 áreas: situación médica (16 ítems), situación laboral (26 ítems), consumo de alcohol y drogas (28 ítems), problemas legales (23 ítems), relaciones familiares y sociales (26 ítems) y estado psiquiátrico (22 ítems).
- Cada área contiene ítems objetivos y dos ítems subjetivos al final.
- Aporta una valoración por el entrevistador de la veracidad de la información referida por el paciente, concretamente de la comprensión o de la intención de distorsionar.

■ Corrección

- Los ítems subjetivos son valorados por el paciente mediante una escala de 5 puntos: 0 (*en absoluto*), 1 (*ligeramente*), 2 (*moderadamente*), 3 (*considerablemente*) y 4 (*extremadamente*).
- La valoración del entrevistador se basa en las respuestas a los ítems objetivos, a partir de los cuales determina un intervalo de dos o tres dígitos. Para seleccionar uno de los dígitos del intervalo se basa en la respuesta del sujeto a los ítems subjetivos.
- Proporciona dos tipos de puntuaciones por escala:
 - Valoración estimada por el evaluador (VGE), cuya puntuación oscila entre 0 y 9.
 - Una puntuación compuesta (PC) derivada de la suma ponderada de alguno de los ítems de cada escala.
- Se considera mayor gravedad a mayor puntuación. No existen puntos de corte propuestos.

■ Referencias Bibliográficas

- Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Bousoño M. Capítulo 3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Ars Médica. 2º ed, 2002 p. 15-26.
- Iraurgi I, González F, *et al*. Capítulo 2. En: Iraurgi I, González F, editores. Instrumentos de Evaluación en Drogo dependencias. Aula Médica, 2002 p. 80-120.

Cuestionario

Instrucciones

- Cumplimentar totalmente.
Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada; N = pregunta no aplicable
Use un sólo carácter por ítem.
- 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.
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

A. Nº de identificación

B. Tipo de tratamiento

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

C. Fecha de admisión

 día mes año

D. Fecha de la entrevista

 día mes año

*E. Hora de inicio

 horas minutos

*F. Hora de fin

 horas minutos

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*

*Ítems opcionales

Escalas de gravedad

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de escala oscila desde 0 (*no necesita ningún tratamiento*) hasta 9 (*tratamiento necesario en situación de riesgo vital*).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

Información general

1. Lugar de residencia actual

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

2. Código de la ciudad

*3. Desde cuándo vive usted en esa dirección

años meses

*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia?

0 = No; 1 = Sí

5. Edad

años

6. Nacionalidad

7. País de nacimiento del

Entrevistado

Padre

Madre

8. ¿Has 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?

días

*Items opcionales

Cuestionario

Sumario de la autoevaluación del paciente

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

Resultados de los tests adicionales

Perfil de gravedad

Problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico										
Empleo/deportes										
Alcohol										
Drogas										
Legal										
Familia/social										
Psicológico										

I. SITUACION MEDICA

--	--	--	--	--	--

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos?

(Incluir sobredosis, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)

--	--

veces

2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos?

--	--	--	--

años

--	--	--	--

meses

3. ¿Padece algún problema médico 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

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?

--	--

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 físico?

0. No; 1. Sí

9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? *(excluir invalidez psiquiátrica)*

0. No; 1. Sí

10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?

0. No; 1. Sí

Cuestionario

I. SITUACION MEDICA (cont.)

11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
días

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?

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

13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

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

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:

II. EMPLEO/SOPORTES

1. Años de educación básica años

2. Años de educación superior (*Universidad/Técnicos*) años

3. Grado académico superior obtenido

4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? 0. No; 1. Sí

5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? años meses

6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses

7. Ocupación 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? días
(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. ¿Compañeros, familiares o amigos? 0. No; 1. Sí

15. ¿Ilegal? 0. No; 1. Sí

Cuestionario

II. EMPLEO/SOPORTES (cont.)

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes? (cont.)

16. ¿Prostitución? 0. No; 1. Sí

17. ¿Otras fuentes? 0. No; 1. Sí

18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene?

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?
días

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

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

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

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

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:

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS

--	--	--	--	--	--

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

* Vía 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 los últimos meses 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 trémens

Sobredosis por drogas

Cuestionario

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (cont.)

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas		Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. Centro de día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. Hospital psiquiátrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. Otro hospital/servicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. Otro tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentes como consecuencia de uno de esos 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 del tratamiento?

meses 00= nunca abstinentes

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?

meses 00= todavía abstinentes

21. ¿Cuándo 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])

días

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (cont.)

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted:

Problemas relacionados con el alcohol?
días

Problemas con otras drogas?
días

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos:

Problemas relacionados con el alcohol? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Problemas con otras drogas? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas:

Relacionados con el alcohol? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Con otras drogas? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

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:

Cuestionario

IV. SITUACION LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (*juez, tutor de la libertad condicional, etc.*) 0. No; 1. Sí

2. ¿Está en libertad condicional? 0. No; 1. Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

3. Posesión y tráfico de drogas?

4. Delitos contra la propiedad? (*robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados*)

5. Delitos violentos? (*atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio*)

6. Otros delitos?

7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?

9. Prostitución?

10. Conducir embriagado?

11. Delitos de tráfico? (*velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.*)

12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?
meses

13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel?
meses

14. ¿Cuál fue la causa? (*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*)

IV. SITUACION LEGAL (cont.)

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

19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (*excluir problemas civiles*)

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

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

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

Escala de gravedad para el entrevistador

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

0. No; 1. Sí

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:

Cuestionario

Historia familiar

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

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.**

Rama materna

	Alcohol	Drogas	Psiquiátrico
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	Psiquiátrico
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	Psiquiátrico.
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"/>

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

1. Estado civil:

1. Casado

3. Viudo

5. Divorciado

2. Casado en 2^{as} nupcias

4. Separado

6. Soltero

2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?

años
meses

3. ¿Está satisfecho con esa situación?

0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años)

1. Pareja e hijos

4. Padres

7. Solo

2. Pareja

5. Familia

8. Medio protegido

3. Hijos

6. Amigos

9. 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?

0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

¿Vive con alguien que:

6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?

0. No; 1. Sí

6B. Usa drogas psicoactivas?

0. No; 1. Sí

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

1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas

2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas

3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas

4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?

0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Cuestionario

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES (cont.)

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 próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre Hermanos/hermanas Hijos
Padre Pareja sexual/esposo Amigos

Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:

	Ultimo mes	A lo largo de la vida	
10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
12. Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
13. Pareja sexual/esposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
14. Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
15. Otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
16. Amigos íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
17. Vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
18. Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de usted:

	Ultimo mes	A lo largo de la vida	
18A. Emocionalmente? (<i>insultándole, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
18B. Físicamente? (<i>produciéndole daños físicos</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí
18C. Sexualmente? (<i>forzándole a mantener relaciones sexuales</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. No; 1. Sí

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES (cont.)

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

A. Con su familia?

días

B. Con otra gente? (excluir familia)

días

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

20. Problemas familiares?

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

21. Problemas sociales?

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

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

22. Problemas familiares?

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

23. Problemas legales?

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

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:

Cuestionario

VI. ESTADO PSIQUIATRICO

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:

Ultimo mes A lo largo de la vida

3. ¿Experimentó depresión severa? 0. No; 1. Sí

4. ¿Experimentó ansiedad o tensión severa? 0. No; 1. Sí

5. ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? 0. No; 1. Sí

6. ¿Experimentó alucinaciones? 0. No; 1. Sí

7. ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas? 0. No; 1. Sí

8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? 0. No; 1. Sí

9. ¿Experimentó ideación suicida severa? 0. No; 1. Sí

10. ¿Realizó intentos suicidas? 0. No; 1. Sí

10a. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?
veces

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

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?

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

13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas psicológicos?

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

VI. ESTADO PSIQUIATRICO (cont.)

Los siguientes ítems han de ser cumplimentados por el entrevistador

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

14. Francamente deprimido/retraído 0. No; 1. Sí

15. Francamente hostil 0. No; 1. Sí

16. Francamente ansioso/nervioso 0. No; 1. Sí

17. Con problemas para interpretar la realidad,
trastornos del pensamiento, ideación paranoide 0. No; 1. Sí

18. Con problemas de comprensión, concentración
o recuerdo 0. No; 1. Sí

19. Con ideación suicida 0. No; 1. Sí

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:
