

Cuestionario de abuso de sustancias para adolescentes

El consumo de sustancias por parte de los adolescentes tiene un impacto significativo en su salud y bienestar. Es importante evaluar el grado y la gravedad del consumo para determinar las opciones de tratamiento.

Motivo de la búsqueda de tratamiento:

Qué hacer

Completa este cuadro para cada sustancia que utilizas:

Sustancia	Cantidad y frecuencia (diaria, semanal, mensual)	Edad utilizada por primera vez	Fecha de la última utilización	Cómo la utilizas (oral, nasal, fumada, inyectada)
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína				
Heroína				
Otros opiáceos				
Benzodiacepina no recetada (Xanax, Ativan, Klonopin, etc.)				
Ketamina				
LSD, alucinógenos				
Setas				
Estimulantes no recetados (por ejemplo, Adderall)				
Otros:				

Responde "sí" o "no" a la izquierda de cada pregunta.

_____ ¿Alguna vez has consumido alcohol u otras drogas, ido a dormir y, luego de despertar, vuelto a beber o a consumir la(s) droga(s)?

_____ ¿Ha habido alguna vez en la que no pudieras ir a la escuela a menos de que bebieras o consumieras otras drogas?

_____ ¿Has tenido que aumentar tu consumo de alcohol u otras drogas para conseguir el efecto deseado?

_____ ¿Alguna vez has intentado limitar o controlar tu consumo de alcohol u otras drogas? En caso afirmativo, explica:

_____ ¿Alguna vez has sido ingresado(a) en urgencias de un hospital por el consumo de alcohol u otras drogas?

_____ ¿Te has hecho daño a ti mismo(a) a propósito o has intentado suicidarte bajo la influencia de alcohol u otras drogas?

_____ ¿Has consumido alguna vez alcohol u otras drogas en la escuela o mientras faltabas a clase?

_____ ¿Alguna vez tus amigos han expresado su preocupación por tu consumo de alcohol u otras drogas?

_____ Cuando vas a las fiestas, ¿participas en juegos para beber?

_____ ¿Alguna vez te has involucrado en peleas físicas bajo el efecto de alcohol u otras drogas?

_____ ¿Haces cosas inusuales o impulsivas cuando estás bajo este efecto?

_____ ¿Alguna vez has dejado de hacer cosas que necesitabas porque estabas bebiendo o consumiendo otras drogas?

_____ ¿Consumes alguna droga más de una vez al día?

_____ ¿Has perdido alguna vez a tus amigos debido al consumo de alcohol u otras drogas?

_____ ¿Alguna vez has traficado drogas o trabajado para traficantes?

_____ ¿Alguna vez has robado alcohol u otras drogas?

_____ ¿Has cambiado alguna vez sexo o actos sexuales por drogas?

_____ ¿Te preocupa o asusta la idea de quedarte sin drogas?

_____ ¿Te has prometido alguna vez consumir sólo una pequeña cantidad de alcohol u otras drogas, pero has acabado consumiendo mucho más?

¿Cuándo fue tu último período de no consumo de alcohol u otras drogas?

¿Cuánto tiempo duró?

¿Qué factores influyeron en tu decisión de no consumir drogas en ese momento?

Marca cualquiera de los siguientes síntomas que hayas experimentado después de consumir alcohol u otras drogas:

___ Desvanecimientos ___ Náuseas ___ Alucinaciones ___ Pérdida de memoria

___ Corazón acelerado ___ Temblores ___ Sudores fríos ___ Dolores de cabeza

Otros: _____

¿Cuándo fue la última vez que ocurrió esto? _____

¿Alguna vez has entrado a la sesión de algún grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos? Si la respuesta es afirmativa, por favor describe:

En una escala del 1 al 10, en la que el 1 es NADA y el 10 es MUCHO, ¿cómo calificarías tu motivación para dejar de consumir alcohol y/u otras drogas hoy en día? _____

¿Tienes familiares que consuman actualmente alcohol u otras drogas? En caso afirmativo, describe.

¿Tienes familiares que se estén recuperando del abuso de alcohol u otras drogas? En caso afirmativo, explica.

¿Ha muerto algún familiar por culpa del alcohol u otra droga? En caso afirmativo, explica.

¿Tienes amigos íntimos que NO consumen alcohol u otras drogas? En caso afirmativo, ¿qué porcentaje de tus amigos NO lo hacen? _____

¿Has sufrido alguna vez abusos de alguna de las siguientes maneras? Marca las que se apliquen a ti.

___ Emocionalmente (palabras hirientes)

___ Físicamente (golpes, empujones, tomarte con fuerza)

___ Sexualmente (insinuaciones o actos sexuales no deseados)

¿Has experimentado alguna de las siguientes situaciones?

___ Depresión grave

___ Intento de suicidio

___ Problemas para controlar la ira

___ Pensamientos de herirte a ti mismo(a)

___ Pensamientos de herir a otros

___ Huidas

___ Problemas de concentración

Explica.

¿Has estado o estás actualmente involucrado(a) con la policía o el sistema judicial? En caso afirmativo, explica.

¿Has pasado alguna vez la noche fuera de casa sin permiso? En caso afirmativo, explica.

¿Te han recetado alguna vez medicamentos psiquiátricos? En caso afirmativo, explica.

¿Hay alguna otra información que ayude a entender tu situación?
