

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Cuestionario de Uso de Drogas (DAST - 10)
Encuesta Retrospectiva para Cambio del Cuidador/a

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas excluyendo alcohol y tabaco durante los 30 días antes de iniciar estos servicios. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Si". Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (marihuana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

Estas Preguntas Están Referidas a los 30 Días Antes de Iniciar estos Servicios:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Usó drogas que no eran requeridas por razones médicas? | Si | No |
| 2. ¿Ud. abusó más de una droga a la vez? | Si | No |
| 3. ¿Era Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo proponía? | Si | No |
| 4. ¿Había tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas? | Si | No |
| 5. ¿Alguna vez se sintió mal o culpable debido a su uso de drogas? | Si | No |
| 6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se quejaron de su uso de drogas? | Si | No |
| 7. ¿Había desatendido a su familia debido a su uso de drogas? | Si | No |
| 8. ¿Se había implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas? | Si | No |
| 9. ¿Alguna vez sintió de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas? | Si | No |
| 10. ¿Tuvo Ud. problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)? | Si | No |