

NOMBRE/ID:

FECHA:

Estamos interesados en conocer tus propias creencias acerca de tus experiencias con el consumo de sustancias. NO nos interesa lo que los otros piensen, ni lo que quieren que pienses.

Indica si alguna vez has tenido alguna de las siguientes experiencias, ya sea durante o entre periodos de consumo de sustancias, leyendo las preguntas y marcando Sí o No.

	Si	No
A) ¿Inquietud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Nerviosismo o ansiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Irritabilidad, cambios de humor, agitación o agresividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Dificultades para concentrarse o recordar cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alteraciones del sueño (p. ej., dormir demasiado o demasiado poco)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Fatiga o somnolencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Ánimo deprimido, desesperanza o desesperación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Pensamientos suicidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) ¿Dificultad para hablar o habla arrastrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Falta de coordinación, inestabilidad o dificultad para controlar los movimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Temblor, sensación de inestabilidad u otros movimientos anormales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Sudoración excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Deseos intensos de consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) ¿Pensamientos persistentes sobre el consumo de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) ¿Dolor en el pecho, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) ¿Nauseas, vómitos, diarrea o estreñimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) ¿Dolor intenso en músculos o huesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) ¿Síntomas similares a la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) ¿Sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U) ¿Paranoia, ilusiones, alucinaciones o “flashbacks”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V) Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has respondido ‘No’ a TODAS las preguntas anteriores, pasa a la página siguiente.

Si has respondido ‘SI’ a alguna de las preguntas, indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo en este momento con la siguiente afirmación, rodeando el número que corresponda, teniendo en cuenta tus experiencias).

1) Mis experiencias se deben a mi consumo de drogas.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente
en desacuerdo

Moderadamente
en desacuerdo

Ligeramente
en desacuerdo

No estoy
seguro/a

Ligeramente
de acuerdo

Moderadamente
de acuerdo

Totalmente
de acuerdo

Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo en este momento con cada una de las siguientes afirmaciones, rodeando con un círculo el número correspondiente.

2) Tengo un problema con el consumo de drogas.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

3) NECESITO ayuda por mi consumo de drogas.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

4) Siempre consumo drogas de manera responsable.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

5) Puedo continuar de manera segura con mis hábitos actuales de consumo de drogas.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

6) Mi consumo de drogas ha producido o puede producir consecuencias negativas en mi vida (p. ej. adicción, salud, trabajo, familia, vida social, problemas financieros o legales).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

7) NECESITO tratamiento para mi consumo de drogas.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

FIN

Nombre/ID:

Fecha:

Categoría de Conciencia	Fórmula	Puntuación¹
Conciencia de Enfermedad	$\frac{P2___ + (10 - P4___)}{\div \text{total del número de respuestas}___}$	
Atribución de Síntomas	$P1___$ Excluir si marcó como N/A	
Conciencia de la Necesidad de Tratamiento	$\frac{P3___ + (10 - P5___) + P7___}{\div \text{total del número de respuestas}___}$	
Conciencia de las Consecuencias Negativas	$P6___$	
	Subtotal (suma de puntuaciones)	
SAS Puntuación Total Media²	Subtotal ÷ $___$	

¹ La puntuación de cada Categoría de Conciencia debe ser dejada en blanco si NINGÚN ítem se ha completado para esa categoría.

² La fórmula para calcular la Puntuación Total Media debe ser el Subtotal ÷ 4 o ÷ la cantidad de Categorías de Conciencia para las que la puntuación fue calculada.