

Name: _____

Date: _____

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. 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 medica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, 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.

<u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones medicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa mas de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>