

**Cuestionario de Historia de Consumo Psicoactivas**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de droga</b>	<b>Consumo 1)Si 2)No</b>	<b>Total de años de consumo</b>	<b>Último año de consumo</b>	<b>Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días</b>	<b>Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días</b>
Alcohol					
Marihuana					
Inhalables					
Alucinógenos					
Cocaína y otros derivados					
Heroína					
Estimulantes tipo anfetamínico					
Tabaco					
Otros: _____					
*Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.	0= No consume 1= Menos de un mes 2= Una vez al mes 3= Una a dos veces a la semana 4= Tres a seis veces a la semana 5= Diariamente				

**Test de Richmond**  
**Test de motivación para dejar de fumar**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste las siguientes preguntas con la máxima sinceridad. Marque con una cruz:**

<b>Cuestionario</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>	
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	NO	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>
	SI	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Nada	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>
	Algo	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
	Bastante	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Intentaría dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Definitivamente no	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>
	Quizás	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
	Si	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
	Definitivamente si	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	Definitivamente no	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>
	Quizás	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
	Si	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
	Definitivamente si	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma de puntajes:</b>			<input type="text"/>

**Menor/ igual a 4: Motivación baja**

**Entre 5 y 6: Motivación media**

**Mayor a 7: Motivación alta**

**Cuestionario de Motivos de Fumar de Rusell**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique cuál es la situación que mejor se adapta a sus circunstancias valorando de 0 a 3 según la siguiente puntuación:**

0) No sucede	1) Sucede poco	2) Sucede bastante	3) Sucede mucho
--------------	----------------	--------------------	-----------------

**Marque con una cruz la casilla correspondiente:**

	0	1	2	3
01. Siento un gran deseo de fumar.				
02. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido.				
03. Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansando tranquilamente.				
04. Obtengo un placer fumando sea cuando sea.				
05. Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar.				
06. Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos.				
07. Fumo más cuando estoy preocupado por algo.				
08. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo.				
09. Fumo automáticamente a pesar de estar atento.				
10. Fumo para tener algo que hacer con las manos.				
11. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos.				
12. Cuando me siento infeliz fumo más.				
13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado.				
14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar.				
15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo.				
16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar.				
17. Fumar me ayuda a pensar y relajarme.				
18. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato.				
19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo.				
20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello.				
21. Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar.				
22. Fumo para tener algo que ponerme en la boca.				
23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo.				
24. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado.				

Imagen Psicológica	Actividad	Placer/relax	Sedativo	Estimulante	Adictivo	Automático	Dependencia Global
06	05	03	07	08	11	02	01
19	10	04	12	13	18	09	14
23	22	16	24	17	20	15	21

**T O T A L E S**

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

**Nivel de Dependencia a la Nicotina  
"FAGERSTROM"  
(FTQ)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

1. Después de despertar, ¿Qué tan pronto enciendes el primer cigarro del día?
  - 0) Después de 60 min
  - 1) 31-60 minutos
  - 2) 6-30 minutos
  - 3) Menos de 5 minutos
2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?
  - 0) No
  - 1) Si
3. ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar por más de 45 minutos?
  - 0) No
  - 1) Más o menos difícil
  - 2) Esforzándome mucho
  - 3) Imposible abstenerme
4. De todos tus cigarros que consumes que consumes a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesitas?
  - 0) Cualquier otro
  - 1) El primero del día
5. ¿Cuántos cigarros fuma al día?
  - 0) 10 o menos
  - 1) 11 a 20
  - 2) 21 a 30
  - 3) 31 o más
6. Después de consumir el primer cigarro del día, ¿fuma consecutivamente/rápidamente algunos más?
  - 0) No
  - 1) Si
7. ¿Usted fuma aunque este tan enfermo(a) que tenga que permanecer en cama?
  - 0) No
  - 1) Si
8. ¿Le da el golpe?
  - 0) Nunca
  - 1) A veces
  - 2) Casi siempre
  - 3) Siempre

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-----------------------------	--

**Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

De los síntomas y sensaciones siguientes, indique si en la última semana notó alguno de ellos:

	Nunca	A veces	Bastante	Mucho
<i>Deseo de un cigarrillo</i>				
<i>Irritabilidad o ira</i>				
<i>Ansioso o tenso</i>				
<i>Impaciente</i>				
<i>Intranquilo</i>				
<i>Dificultad en concentrarse</i>				
<i>Deprimido</i>				
<i>Hambre excesiva</i>				
<i>Aumento de apetito</i>				
<i>Insomnio</i>				
<i>Somnolencia</i>				
<i>Dolor de cabeza</i>				
<i>Problemas de intestino o estómago</i>				

**Registro de Síntomas de Abstinencia**

Lea cuidadosamente los incisos y marque un número de acuerdo al grado en que experimentó cada uno de los síntomas:

<b>0= Nada</b>	<b>1= Un poco</b>	<b>2= Ligeramente</b>	<b>3=Moderadamente</b>	<b>4=Severamente</b>
----------------	-------------------	-----------------------	------------------------	----------------------

	0	1	2	3	4
Deprimido (triste)					
Con insomnio (con problemas para dormir, se despertó durante la noche)					
Irritado, frustrado, enojado					
Ansioso					
Con dificultad para concentrarse					
Inquieto					
Se ha incrementado su apetito, siente que ha ganado peso (con hambre)					
Con deseo de fumar					

**BDI**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* en este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente, escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada (inclusive el día de hoy). Marque con una "X" el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. \*Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, tache cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1		Yo no me siento triste.
		Me siento triste.
		Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
		Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2		En general no me siento descorazonado por el futuro.
		Me siento descorazonado por mi futuro.
		Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
		Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3		Yo no me siento como un fracasado.
		Siento que he fracasado más que las personas en general.
		Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
		Siento que soy un completo fracaso como persona.

4		Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
		Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
		Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
		Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

5		En realidad yo no me siento culpable.
		Me siento culpable una gran parte del tiempo.
		Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
		Me siento culpable todo el tiempo.

6		Yo no me siento que esté siendo castigado.
		Siento que podría ser castigado.
		Espero ser castigado.
		Siento que he sido castigado.

7		Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
		Estoy desilusionado de mí mismo.
		Estoy disgustado conmigo mismo.
		Me odio.

8		Yo no me siento que sea peor que otras personas.
		Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
		Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
		Me culpo por todo lo malo que sucede.

9	Yo no tengo pensamientos suicidas.
	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
	Me gustaría suicidarme.
	Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10	Yo no lloro más de lo usual.
	Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
	Actualmente lloro todo el tiempo.
	Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11	Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
	Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
	Me siento irritado todo el tiempo.
	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
12	Yo no he perdido el interés en la gente.
	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
	He perdido en gran medida el interés en la gente.
	He perdido todo el interés en la gente.
13	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
	Pospongo tomar decisiones más que antes.
	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
	Ya no puedo tomar decisiones.
14	Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
	Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a).
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a).
	Creo que me veo feo(a).
15	Puedo trabajar tan bien como antes.
	Requiero demás esfuerzo para iniciar algo.
	Tengo que obligarme para hacer algo.
	Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16	Puedo dormir tan bien como antes.
	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17	Yo no me canso más de lo habitual.
	Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
	Con cualquier cosa que haga me canso.
	Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
18	Mi apetito no es peor de lo habitual.
	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
	Mi apetito está muy mal ahora.
	No tengo apetito de nada.

19		Yo no he perdido mucho peso últimamente.
		He perdido más de dos kilogramos.
		He perdido más de cinco kilogramos.
		He perdido más de ocho kilogramos.

\*A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos:

Si	No
----	----

20		Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
		Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
		Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
		Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21		Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
		Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba ahora.
		Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
		He perdido completamente el interés por el sexo.

Puntuación Total



### Cuestionario Breve de Confianza Situacional CCS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de fumar. Imagine que está en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está **inseguro** ante esa situación o 100% si está **totalmente seguro** de poder resistir beber en exceso.

- En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran...

**1. Emociones desagradables.** Por ejemplo, si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**2. Malestar físico.** Por ejemplo, si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**3. Emociones agradables.** Por ejemplo, si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**4. Probando mi control sobre el tabaquismo.** Por ejemplo, si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar sólo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**5. Necesidad física.** Por ejemplo, si tuviera urgencia de fumar, si pensara que rico esfumar, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**6. Conflicto con otros.** Por ejemplo, si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**7. Presión social.** Por ejemplo, si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**8. Momentos agradables con otros.** Por ejemplo, si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor, me siento...

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

**BAI**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana (inclusive hoy), marcando con una X según la intensidad de la molestia.

0= Poco o nada

1= Más o menos, no me molestaba mucho

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3= Severamente, casi no podría soportarlo

	0	1	2	3
1. Entumecimiento, hormigueo.....				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno).....				
3. Debilitamiento de las piernas.....				
4. Dificultad para relajarse.....				
5. Miedo a que pase lo peor.....				
6. Sensación de mareo.....				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados.....				
8. Inseguridad.....				
9. Terror.....				
10. Nerviosismo.....				
11. Sensación de ahogo.....				
12. Manos temblorosas.....				
13. Cuerpo tembloroso.....				
14. Miedo a perder el control.....				
15. Dificultad para respirar.....				
16. Miedo a morir.....				
17. Asustado.....				
18. Indigestión o malestar estomacal.....				
19. Debilidad.....				
20. Ruborizarse, sonrojamiento.....				
21. Sudoración (no debida al calor).....				