

Para cada pregunta señalada a continuación, encierre en un círculo el número que refleja con que frecuencia ha vivido la situación descrita durante:

toda su vida los últimos seis meses los seis meses antes de _____ los seis meses desde que _____

Nunca
Una o dos veces
Varias veces
Repetidamente

ALCOHOL (FVA)

0	1	2	3	1. ¿Ha tomado cerveza o alcohol durante el almuerzo?
0	1	2	3	2. ¿Ha tomado usted cerveza o alcohol para poder expresar sus sentimientos o ideas?
0	1	2	3	3. ¿Toma usted para aliviar el cansancio o para animarse cuando tiene que continuar con sus actividades?
0	1	2	3	4. ¿Ha tomado usted más de lo que se había propuesto?
0	1	2	3	5. Después de tomar, ¿ha experimentado problemas físicos tales como náuseas, problemas de los ojos o los oídos, mareos, etc.?
0	1	2	3	6. ¿Ha tenido problemas en el trabajo, en la escuela, con la policía, o en su hogar a causa de la bebida?
0	1	2	3	7. ¿Se ha sentido usted deprimido(a) después de haber tenido una borrachera?
0	1	2	3	8. ¿Ha tenido peleas o discusiones serias con su familia o amistades a causa de la bebida?
0	1	2	3	9. Después de no haber bebido durante algún tiempo, ¿ha vuelto a sentir alguna vez los efectos de la bebida, es decir, ha tenido síntomas tales como recuerdos repentinos, alucinaciones, etc.?
0	1	2	3	10. ¿Le ha llevado la bebida a tener problemas con otras personas tales como sus amistades, su esposo(a), u otros miembros de su familia?
0	1	2	3	11. ¿Se ha sentido usted nervioso(a) o ha tenido temblores después de haber tenido una borrachera?
0	1	2	3	12. ¿Ha intentado quitarse la vida mientras estaba borracho(a)?

Nunca
Una o dos veces
Varias veces
Repetidamente

OTRAS DROGAS (FVOD)

0	1	2	3	1. ¿Ha usado usted drogas para mejorar su forma de pensar y de sentir?
0	1	2	3	2. ¿Ha usado usted drogas para que le ayudaran a sentirse mejor con algún problema?
0	1	2	3	3. ¿Ha usado drogas para que le ayudaran a olvidar que se siente inútil y sin valor?
0	1	2	3	4. ¿Ha usado usted drogas para olvidar las presiones de la escuela, el trabajo o la familia?
0	1	2	3	5. ¿Ha llegado a estar completamente intoxicado(a) o inconsciente a causa de las drogas (más que simplemente exaltado(a))?
0	1	2	3	6. ¿Ha pasado su tiempo libre en actividades relacionadas con las drogas (por ejemplo, hablando de drogas, comprándolas o consumiéndolas, etc.)?
0	1	2	3	7. ¿Ha tomado alcohol y usado drogas al mismo tiempo?
0	1	2	3	8. ¿Ha sentido que usar drogas le ha impedido obtener lo que usted desea de la vida?

Estado civil: Casado/a Nunca he estado casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a
 Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado/a Estudiante Ama de casa Incapacitado/a Jubilado/a

¿Ultimo año escolar completado _____ ¿Cuántos hijos tiene Ud.? _____

¿De qué país vienen sus padres? _____

¿Dónde nació?: Estados Unidos Columbia Costa Rica Cuba El Salvador Guatemala Honduras
 México Puerto Rico Otro(especifique) _____



Si la frase es normalmente verdadero para usted, llene el curado V, así V F
 Si la frase es normalmente false para usted, llene el curado F, así F V

Llene este formulario de esta manera: **SASSI**
 No de esta manera: *en español*

Por favor, trate de contestar a todas las preguntas

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> 1. La mayoría de la gente comete algunos errores en su vida.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Por lo general, "sigo la corriente" y hago lo que otros hacen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Una buena parte de mi vida es aburrida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No me gusta ser criticado(a) sin motivo.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Cuando quiero hacer algo, lo hago sin que me cause preocupación.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. No he vivido mi vida como debería haberla vivido.</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Mis amistades desaprueban a la gente que bebe demasiado.</p> <p><input type="checkbox"/> 8. A veces tengo dificultad en quedarme sentado(a) y quieto(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Respeto mucho a la autoridad.</p> <p><input type="checkbox"/> 10. He hecho algo bueno por alguien por lo menos una vez en mi vida.</p> <p><input type="checkbox"/> 11. He estado tentado(a) de escaparme de casa.</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Frecuentemente siento que las personas que no me conocen me miran con desaprobación.</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Si dejo de beber, mi vida será más difícil.</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Tengo mucha confianza en mí mismo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 15. No me gusta estar aburrido(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Algunas veces he bebido demasiado.</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Algunas veces me porté mal en la escuela.</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Algunas veces he estado tan lleno(a) de energía que no he sentido la necesidad de dormir por varios días.</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Cuando bebo, se me hace más fácil decir lo que siento.</p> <p><input type="checkbox"/> 20. No me molesta perder el control.</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Me preocupo frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> 22. Siempre he cuidado de mi familia y cumplido con mi trabajo sin tener que beber o usar drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> 23. Es cierto que no soy culpable de todos mis problemas.</p> <p><input type="checkbox"/> 24. Cuando las cosas me producen ansiedad, siento que necesito beber.</p> <p><input type="checkbox"/> 25. Pienso que conozco algunos tipos muy indeseables.</p> | <p><input type="checkbox"/> 26. Yo sé quién tiene la culpa de la mayoría de mis problemas.</p> <p><input type="checkbox"/> 27. Algunas veces quisiera poder controlarme mejor.</p> <p><input type="checkbox"/> 28. Fumo cigarrillos con regularidad.</p> <p><input type="checkbox"/> 29. Me gusta el tiempo libre.</p> <p><input type="checkbox"/> 30. He tomado un trago a primera hora de la mañana para calmar mis nervios o para quitarme el malestar de una borrachera.</p> <p><input type="checkbox"/> 31. Cumpro con la ley mejor que la mayoría de las personas.</p> <p><input type="checkbox"/> 32. A veces me siento frustrado(a) cuando las cosas no salen como quiero.</p> <p><input type="checkbox"/> 33. Siempre me acuerdo de lo que hago y digo.</p> <p><input type="checkbox"/> 34. Yo acepto todas mis responsabilidades seriamente.</p> <p><input type="checkbox"/> 35. Es cierto que ninguno de los miembros de mi familia me aprecia de verdad.</p> <p><input type="checkbox"/> 36. La mayoría de la gente nunca se enoja.</p> <p><input type="checkbox"/> 37. Beber o usar drogas me causa problemas con mi familia.</p> <p><input type="checkbox"/> 38. A veces me gustaría hacer mejor de lo que estoy haciendo.</p> <p><input type="checkbox"/> 39. A veces me siento inseguro(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 40. La mayoría de la gente quiere para conseguir lo que desea.</p> <p><input type="checkbox"/> 41. Cuando bebo, bebo demasiado.</p> <p><input type="checkbox"/> 42. He evitado a la gente con quien no quiero hablar.</p> <p><input type="checkbox"/> 43. Ha habido días, semanas o meses en los que no he tenido ganas de hacer nada.</p> <p><input type="checkbox"/> 44. Si dejo de beber o de usar drogas, se me hara más difícil llevarme bien con los demás.</p> <p><input type="checkbox"/> 45. Algunas veces he perdido el tiempo cuando debería haber estado trabajando.</p> <p><input type="checkbox"/> 46. Nunca he tenido problemas con la policía.</p> <p><input type="checkbox"/> 47. Soy una persona inquieta.</p> <p><input type="checkbox"/> 48. No he cumplido mis obligaciones con mi familia o el trabajo debido a la bebida o a las drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> 49. Ha habido ocasiones en las que he hecho cosas que luego no pude recordar.</p> <p><input type="checkbox"/> 50. He usado alcohol o marijuana demasiado o muy seguido.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nombre _____ Fecha _____ Sexo: M F Edad _____



For each item below, circle the number which reflects how often you have experienced the situation described during: 2 your entire life

- the past six months
 the six months before
 the six months since

ALCOHOL (FVA)

	Never	Once or Twice	Several Times	Repeatedly
1. Had drinks with lunch?	0	1	2	3
2. Taken a drink or drinks to help you express your feelings or ideas?	0	1	2	3
3. Taken a drink or drinks to relieve a tired feeling or give you energy to keep going?	0	1	2	3
4. Had more to drink than you intended to?	0	1	2	3
5. Experienced physical problems after drinking (e.g. nausea, seeing/hearing problems, dizziness, etc.)?	0	1	2	3
6. Gotten into trouble on the job, in school, or at home because of drinking?	0	1	2	3
7. Become depressed after having sobered up?	0	1	2	3
8. Argued with your family or friends because of your drinking?	0	1	2	3
9. Had the effects of drinking recur after not drinking for a while (e.g. flashbacks, hallucinations, etc.)?	0	1	2	3
10. Had problems in relationships because of your drinking (e.g. loss of friends, separation, divorce, etc.)?	0	1	2	3
11. Become nervous or had the shakes after having sobered up?	0	1	2	3
12. Tried to commit suicide while drunk?	0	1	2	3

OTHER DRUGS (FVOD)

1. Taken drugs to improve your thinking and feeling?
2. Taken drugs to help you feel better about a problem?
3. Taken drugs to become more aware of your senses (e.g. sight, hearing, touch, etc.)?
4. Taken drugs to improve your enjoyment of sex?
5. Taken drugs to help forget that you feel helpless and unworthy?
6. Taken drugs to forget school, work, or family pressures?
7. Gotten into trouble with the law because of drugs?
8. Gotten really stoned or wiped out on drugs (more than just high)?
9. Tried to talk a doctor into giving you some prescription drug (e.g. tranquilizers, pain killers, diet pills, etc.)?
10. Spent your spare time in drug-related activities (e.g. talking about drugs, buying, selling, taking, etc.)?
11. Used drugs and alcohol at the same time?
12. Continued to take a drug or drugs in order to avoid the pain of withdrawal?
13. Felt your drug use has kept you from getting what you want out of life?
14. Been accepted into a treatment program because of drug use?

	Never	Once or Twice	Several Times	Repeatedly
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3

Marital Status: Married or equivalent Never Married Divorced Separated Widowed Retired
 Employment Status: Full-time Part-time Not employed Student Homemaker Disabled
 Highest Grade Completed _____ Ethnic Origin _____

Weekly Family Take Home Income:
 Prefer not to answer \$301-400 \$701-800
 50 \$401-500 \$801-900
 Less than \$200 \$501-600 Over \$900
 \$200-300 \$601-700 Not Sure

Number of People in your Family: _____
 Miscellaneous
 A D
 B E
 C F

The
S.A.S.S.I