

# Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10, por sus siglas en inglés)

Debido a que el uso de drogas puede afectar su salud, necesitamos hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si se siente incómodo al completar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de salud.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Metanfetaminas (velocidad)      | <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, tiesto) |
| <input type="checkbox"/> Solventes (solvente de pintura) | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes (Valium)     |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos                    | <input type="checkbox"/> Cocaína                      |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (velocidad)        | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD)           |
| <input type="checkbox"/> Narcóticos (heroína)            |   |

Recuerde que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Marque con un "Sí" o "No" las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí

0

1

I Low Risk/Abstain DAST: 0	II Risky DAST: 1-2	III Harmful DAST: 3-5	IV Dependent DAST: 6+
-------------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------

For Clinician:

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ DAST Zone: \_\_\_\_\_

- Brief intervention:
- Raised subject
  - Provided feedback
  - Enhanced motivation
  - Negotiated plan
- Not done
- Referral recommended