

# TCU Drug Screen II

## *Instrucciones*

Estas preguntas son sobre su uso de drogas (incluyendo alcohol) durante los últimos 12 meses. Si alguna pregunta le hace sentir incómodo, puede saltarla y pasar a la próxima pregunta.

Si usted está ahora en la cárcel, por favor conteste estas preguntas sobre los doce (12) meses previo al estar encarcelado, o sea, la última vez que estuvo libre.

El alcohol es una droga. Al responder incluya su uso de alcohol, tal como tomar cerveza, en sus respuestas sobre el uso de drogas.

El ejemplo siguiente le muestra como marcar los círculos --

	<b><i>Sí</i></b>	<b><i>No</i></b>
1. Me gusta el helado. ....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## TCU DRUG SCREEN II

**Durante los últimos 12 meses ( o en los 12 meses antes |de ser encarcelado) –**

<b>Sí</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

1. ¿Usó Ud. mas cantidad de drogas o las usó por más tiempo de lo que había planeado o que pensó usarlas? .....
2. ¿Trató Ud. de rebajar su uso de drogas pero no pudo hacerlo?.....
3. ¿Se pasó mucho tiempo obteniendo drogas, usándolas o recuperándose por haberlas usado? .....
4. ¿Llegó Ud. a ponerse en un estado tan endrogado o enfermo por las drogas que-
  - a. no pudo hacer su trabajo, ir a la escuela u ocuparse de su familia? .....
  - b. causó un accidente o se puso a si mismo o a otros en peligro? .....
5. ¿Pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela o con amigos para poder usar drogas? .....
6. ¿Su uso de drogas le ocasionó –
  - a. problemas emocionales o psicológicos?.....
  - b. problemas con su familia, el trabajo o la policía? .....
  - c. problemas médicos o de salud física?.....
7. ¿Tuvo que aumentar la cantidad de la droga que estaba usando para poder obtener los mismos efectos de antes? .....
8. ¿Hubo ocasión cuando siguió usando una droga para evitar síntomas de retiro o para no enfermarse?.....
9. ¿Hubo ocasión cuando se enfermó o tuvo síntomas de retiro cuando Ud. dejó de usar una droga? .....
10. ¿Qué drogas le han causado los problemas MÁS graves? [VEA LA LISTA QUE SIGUE]
 

a. Peor	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opiáceos/heroína
b. Próximo	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opiáceos/heroína
c. Próximo	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opiáceos/heroína

11. ¿Con qué frecuencia usó Ud. cada tipo de droga durante los últimos 12 meses (o en los 12 meses antes de ser encarcelado?)

DROGA QUE USÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	NUNCA	SÓLO UNAS CUANTAS VECES	1-3 VECES AL MES	1-5 VECES A LA SEMANA	CASI TODOS LOS DÍAS
a. <u>Alcohol</u> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <u>Marihuana/Hachich</u> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <u>Alucinógenos/LSD/Psicodélicos/PCP/Hongos/Peyote</u> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <u>Crack/Freebase</u> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <u>Heroína y cocaína</u> (combinada en speedball).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. <u>Cocaína</u> (por sí sola).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. <u>Heroína</u> (por sí sola).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. <u>Metadona callejera</u> (sin receta).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. <u>Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol</u> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. <u>Metanfetamina/Speed/Ice</u> (Estimulantes) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. <u>Tranquilizantes/Barbituratos/Sedantes</u> (Depresivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Otros ( <i>especifique</i> ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se inyectó drogas con una aguja?

- Nunca*     
  *Sólo unas cuantas veces*     
  *1-3 veces al mes*     
  *1-5 veces a la semana*     
  *A diario*

13. ¿Qué tan serio piensa usted que son sus problemas con las drogas?

- Nada en lo absoluto*   
  *Un poco*   
  *Moderadamente*   
  *Bastante*   
  *Extremadamente*

14. ¿Cuántas veces antes de ahora ha participado usted en un programa de tratamiento de drogas? (No incluya las reuniones de AA/ NA/ CA).

- Nunca*     
  *1 vez*     
  *2 veces*     
  *3 veces*     
  *4 veces o más*

15. ¿Qué tan importante piensa usted que le es recibir tratamiento para las drogas ahora?

- Nada en lo absoluto*   
  *Un poco*   
  *Moderadamente*   
  *Bastante*   
  *Extremadamente*

## TCU Drug Screen II

La página 1 del TCU Drug Screen es valorizada en la siguiente manera:

1. De la pregunta 1 a la 9, dé 1 punto a cada respuesta “sí”  
(Las preguntas 4 y 6 tienen un valor de un punto cada una si el respondiente contesta “sí” a cualquier parte de la pregunta).
2. El valor total puede tener un rango de 0 a 9; valores de 3 or más indican que existe un problema de drogas relativamente severo. Esta indicación corresponde aproximadamente al diagnóstico de dependencia en drogas DSM.
3. Las respuestas a la pregunta 10 indican cual es la droga (o drogas) que el respondiente siente es la cause principal de su problema con las drogas.

El TCU Drug Screen II fue desarrollado como parte de la Dotación Numero 1999-MU-MU-K008 del NIJ, *Assessment of a Drug Screening Instrument*.

El TCU Drug Screen II está disponible para el uso personal, educacional, para investigaciones y/o para obtener información. Tiene usted permiso para reproducir y distribuir copias de este instrumento, para el uso educacional y para bibliotecas sin fines de lucro en ambos casos, siempre y cuando las copias sean distribuidas al costo o bajo costo, el autor reciba el credito apropiado, se mencione el origen del instrumento, y el derecho del autor y la propiedad literaria estén incluidas en cada copia. Está prohibido copiar, descargar, o archivar este instrumento en un sistema de recuperación o distribución comercial sin permiso por escrito de Texas Christian University.

Para mas información en el TCU Drug Screen II, contacte:

Institute of Behavioral Research  
Texas Christian University  
TCU Box 298740  
Fort Worth, TX 76129  
(817) 257-7226  
(817) 257-7290 FAX  
Email: [ibr@tcu.edu](mailto:ibr@tcu.edu)  
Web site: [www.ibr.tcu.edu](http://www.ibr.tcu.edu)