

EVALUACION DE LA FAMILIA - CUESTIONARIO II

NOMBRE: (USE LETRA DE MOLDE)

FECHA:

1. En los últimos dos años, ¿ha estado en alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las que sean pertinentes.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reconciliación marital | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Separación de su cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Lo despidieron del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Cambio en la salud de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Muerte de un niño, miembro de la familia o amigo íntimo |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para infertilidad | <input type="checkbox"/> Trauma, lesión o enfermedad personal |
| <input type="checkbox"/> Cambio a otro tipo de trabajo | <input type="checkbox"/> Ninguna de las mencionadas anteriormente |

2. ¿Ha tenido usted o su cónyuge o pareja preocupaciones sobre los siguientes comportamientos o sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Jugar por dinero, apostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar su cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Cuando era niño, ¿abusaban sus padres del alcohol u otras sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- No Madre Padre Madrastra/Padrastro La persona (o personas) que me crio

4. En su familia, ¿quién abusa del alcohol u otras sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

5. Si el abuso del alcohol u otra sustancia ha sido un problema en su familia, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No ha sido un problema en mi familia | <input type="checkbox"/> No me ha molestado |
| <input type="checkbox"/> Confronté a la persona que cometió el abuso | <input type="checkbox"/> Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Me he educado sobre el asunto | <input type="checkbox"/> He buscado asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> El miembro de la familia se encuentra en recuperación | <input type="checkbox"/> Todavía es difícil para mí |
| <input type="checkbox"/> Voy a un programa de 12 pasos (12-step program) | <input type="checkbox"/> Nunca le he dicho nada a nadie sobre el incidente(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

6. En términos medios, ¿con qué frecuencia y en qué cantidad usted y su cónyuge o pareja consumen alcohol?

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Diariamente, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca bebe alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Algunas veces, lo primero que usted y/o su cónyuge o pareja hacen en la mañana es tomar una bebida con alcohol?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

8. ¿Ha habido un período de tiempo en el que usted y/o su cónyuge o pareja han tomado demasiado alcohol?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

9. Como resultado directo o indirecto del uso del alcohol, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes.)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Problemas legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de un empleo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disputas con la familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo para pacientes internados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo, consultas externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Ha usado usted o su cónyuge o pareja alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Barbitúricos/Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas/Anfetaminas/"Speed".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para perder peso que se pueden obtener sin receta/otros estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos/LSD/Psilocybe/Mescalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes/Pegamentos/Solventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quaaludes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína/Morfina/Opio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína/Cocaína fumada (crack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariguana/Hachís.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para quitar el dolor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas que se usan en los clubs/Extasis/GHB/Rohypnol (Roofies)/Ketamine (Special K).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Como resultado directo o indirecto del uso de medicinas recetadas o drogas ilegales, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes.)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Problemas legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias en el trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de un empleo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disputas con la familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del abuso de drogas para pacientes internados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del abuso de drogas, consultas externas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Cuando usted era un niño, ¿alguna persona, (adulta o menor de edad) lo forzó, lo engañó, u lo obligó a tener algún tipo de contacto sexual con él o ella?

- Sí No No sé si esto me sucedió alguna vez

13. Cuando usted era un niño, ¿alguna vez le pegaron, empujaron, azotaron, mordieron, le dieron puñetazos o bofetadas, o lo quemaron de tal manera que le dejaron lesiones en su cuerpo?

- Sí No No sé si esto me sucedió alguna vez

14. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto?

- Sí No

15. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso físico, asalto o agresión?

- Sí No

16. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

17. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso físico, asalto o agresión? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> Ningún miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

18. Si usted o alguien en su familia ha sufrido abuso físico o sexual, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> No me ha molestado |
| <input type="checkbox"/> Confronté a la persona que cometió el abuso | <input type="checkbox"/> Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge o pareja |
| <input type="checkbox"/> Me he educado sobre el asunto | <input type="checkbox"/> He buscado ayuda profesional |
| <input type="checkbox"/> Reporté el incidente a una oficina de Servicios para la Protección de Niños | <input type="checkbox"/> Todavía es difícil para mí |
| <input type="checkbox"/> Reporté el incidente a una oficina encargada del orden público | <input type="checkbox"/> Nunca se ha hablado acerca del abuso |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

19. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable del abuso físico o sexual de un niño? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

20. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable de asalto físico o sexual en contra de otro adulto? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

21. ¿Alguna vez usted o una persona en su hogar ha sido agredido físicamente por alguien que vivía en el hogar?

- Sí No

22. ¿Alguna vez le ha lastimado físicamente su cónyuge o pareja con acciones tales como empujarlo, darle bofetadas, darle puntapiés, darle puñetazos, mordearlo, ahorcarlo, lanzándole objetos, cortándolo o forzándolo a tener contacto sexual en contra de su voluntad?

- No es pertinente Nunca Una vez Dos veces Varias veces Frecuentemente

23. Si usted buscó la ayuda de un consejero o terapeuta, ¿cuáles fueron las razones? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún asesoramiento/terapia | <input type="checkbox"/> Problemas con drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la relación | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados al trabajo | <input type="checkbox"/> Problemas de familia | <input type="checkbox"/> Evento traumático |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela | <input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta alimentaria | <input type="checkbox"/> Problemas de padres | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

24. ¿Alguna vez usted y/o su cónyuge o pareja estuvieron internados en un establecimiento psiquiátrico?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

25. ¿Alguien en su familia tiene un historial de enfermedad mental? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

Confirmando que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

FIRMA

FECHA