

**Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)**

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

TEST DE EVALUACION PARA EL CONSUMO DE DROGAS (DAST)

(Drug Abuse Screening Test, DAST; Skinner, 1982, 1994)

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de sustancias (por ejemplo, heroína) durante los últimos 12 meses. Si hace más de un año que ha dejado de consumir drogas y en estos momentos no consume, recuerde el periodo anterior en el cual consumía. Lea cuidadosamente cada pregunta y rodee con un círculo la respuesta (SI) o (NO), según sea su caso. Por favor conteste a todas las preguntas, si tiene dudas con alguna pregunta, elija la respuesta que más se aproxime a su caso.

1. ¿Ha consumido otras drogas que no sean las recetadas por razones médicas?	Si	No
2. ¿Ha abusado de drogas de prescripción?	Si	No
3. ¿Abusa más de una droga a la vez?	Si	No
4. ¿Puede pasar más de una semana sin consumir drogas?	Si	No
5. ¿Es siempre capaz de interrumpir el consumo de drogas cuando quiere?	Si	No
6. ¿Ha tenido pérdida de memoria o ha experimentado alteraciones perceptivas (flash backs) como consecuencias de consumir drogas?	Si	No
7. ¿Se ha sentido alguna vez mal por su abuso de las drogas?	Si	No
8. ¿Se quejan sus padres, pareja o amigos a causa de su consumo de drogas?	Si	No
9. ¿Ha creado alguna vez su consumo de drogas problemas entre usted y sus padres o su pareja?	Si	No
10. ¿Ha perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas?	Si	No
11. ¿Ha desatendido alguna vez a su familia o no asistió a su trabajo a causa de su consumo de drogas?	Si	No
12. ¿Ha tenido alguna vez problemas en el trabajo a causa de su consumo de drogas?	Si	No
13. ¿Ha perdido alguna vez un trabajo a causa del consumo de drogas?	Si	No
14. ¿Se ha metido en alguna pelea cuando está bajo la influencia de las drogas?	Si	No
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para conseguir drogas?	Si	No
16. ¿Ha sido arrestado alguna vez por posesión de drogas?	Si	No
17. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo de drogas?	Si	No
18. ¿Ha tenido problemas médicos a causa de su consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	Si	No
19. ¿Ha ido alguna vez a pedir ayuda por un problema de drogas?	Si	No
20. ¿Ha estado alguna vez en tratamiento por consumo de drogas?	Si	No

- ✓ Los ítems se puntúan 1 (SI) o (NO), con la excepción de los números 4 y 5, los cuales puntúan en orden inverso.
- ✓ La mayoría de las personas con problemas de alcohol u otras drogas puntúan 5 o más.

Evaluación de Ansiedad

Aspectos a cubrir en los trabajos sobre instrumentos:

1. Características del test o instrumento de evaluación utilizado
2. Administración de la prueba (explicar instrucciones, forma de contestar...)
3. Explicar cómo se corrige y como se interpreta.
2. En qué tipo de evaluación consideráis que este instrumento es más útil
3. Ventajas e inconvenientes del instrumento
4. Reflexión personal de cada miembro del grupo (aspectos que han resultado más fáciles, dificultades, etc.)

EXPOSICIÓN DE UN CASO, INTERPRETACIÓN DE UN PERFIL.

Características de la escala de ansiedad Spence : valúa trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de pánico y fobia escolar.

Consta de 44 items, se calcula 0-3 (). 6 agorafobia 9 fobia social 6 miedo físico 5 fobias específicas 6 ansiedad generalizada.

-Definición

-Tipos de trastornos de ansiedad

CASO

-Evaluación

-Tratamientos

DEFINICIÓN

RAE: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones

TEST DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

	Si	No
1.-¿A menudo pasa hambre de forma voluntaria?		
2.-¿Ingiere grandes cantidades de comida y acto seguido se provoca el vómito?		
3.-¿Se siente fuera de control mientras come?		
4.-¿Se siente lleno de energía y bajo control cuando se abstiene de comer?		
5.-¿Intenta o se da atracones de comida cuando experimenta sentimientos negativos (furia, tristeza, odio.)?		
6.-¿Cree que no merece la pena comer?		
7.-¿Conoce el contenido en calorías de los alimentos que ingiere habitualmente?		
8.-¿Piensa que el único control que posee sobre su propia vida se limita a áreas de la dieta y el peso?		
9.-¿Se siente obeso, a pesar de que la gente le dice lo contrario?		
10.-¿Cree que debe ser perfecto en todo lo que hace?		
11.-¿Fija metas por encima de su capacidad actual?		
12.-¿Consume laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para bajar o controlar su peso?		
13.-¿Ha aumentado notoriamente su actividad física para quemar calorías con el único propósito de adelgazar?		
14.-¿Se muestra reservado con sus hábitos alimentarios?		
15.-¿Se enoja o se siente molesto cada vez que alguien le pregunta sobre sus hábitos alimentarios?		
16.-¿Tiene sentimientos de culpa después de comer?		
17.-¿Cree en serio que tiene una baja autoestima personal, física y moral?		
18.-¿Experimenta sensaciones de vacío, inutilidad y alejamiento?		
19.-¿Evita acudir a eventos sociales en los que puede haber comida?		
20.-¿Piensa en la comida constantemente?		
21.-¿Cree que su vida sería perfecta y feliz si adelgazara?		
22.-¿Tiene un miedo intenso a engordar?		
23.-¿Se pesa a diario varias veces?		
24.-¿Se siente avergonzado por sus hábitos alimentarios?		
25.-¿Sospecha que puede estar padeciendo un trastorno alimentario?		

Expresión de emociones.

Expresión justificada de enfado o molestia.

Aceptar cumplidos.

Disculparse.

Afrontamiento de las críticas

Rechazar peticiones.

Iniciar y mantener conversaciones.

Hablar en público.

Defensa de los propios derechos.

Peticiones.

Hacer cumplidos.

Expresión de opiniones (aunque sean discordantes).

Petición de cambio en la conducta del otro.
