

APÉNDICE B

TEST DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA (*Cocaine Addiction Severity Test [CAST]*)

Por favor, conteste sí o no a cada una de las siguientes preguntas. No debe dejar ninguna pregunta sin contestar.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene dificultad en decir que no cuando le ofrecen cocaína?	—	—
2. ¿Suele consumir cualquier cantidad de cocaína que tenga, en lugar de intentar guardarse un poco para otro momento?	—	—
3. ¿Ha intentado dejar de tomar cocaína pero le ha sucedido que, de alguna manera, siempre ha vuelto a consumir?	—	—
4. ¿Alguna vez ha estado 24 horas o más con un exceso continuado de cocaína?	—	—
5. ¿Necesita consumir cocaína para encontrarse bien?	—	—
6. ¿Le preocupa el hecho de estar aburrido o triste al no consumir cocaína?	—	—
7. ¿Le preocupa el hecho de sentirse menos capaz de actuar sin cocaína?	—	—
8. ¿El hecho de ver, pensar o tener un estímulo relacionado con cocaína le produce deseos de consumo?	—	—
9. ¿Está alguna vez preocupado con pensamientos sobre la cocaína?	—	—
10. ¿Siente alguna vez un deseo irresistible de consumir cocaína?	—	—
11. ¿Se siente psicológicamente adicto a la cocaína?	—	—
12. ¿Se siente culpable y avergonzado de su consumo de cocaína y se desprecia a sí mismo por hacerlo?	—	—
13. ¿Ha dedicado menos tiempo a relacionarse con gente que no consume desde que está tomando cocaína?	—	—
14. ¿Está preocupado por la importancia de su dependencia de la cocaína?	—	—
15. ¿Suele pasar algunos momentos con algunas personas o va a ciertos lugares en que usted sabe que hay cocaína disponible?	—	—
16. ¿Toma cocaína en el trabajo?	—	—
17. ¿Le ha dicho alguien que su conducta o su personalidad ha cambiado, aun sin saber que es debido a las drogas?	—	—
18. ¿Le ha llevado la cocaína a abusar del alcohol o de otras drogas?	—	—
19. ¿Ha conducido alguna vez intoxicado por cocaína, alcohol u otras drogas?	—	—
20. ¿Ha abandonado alguna vez una responsabilidad de su casa o del trabajo, debido al consumo de cocaína?	—	—

- | | | |
|--|---|---|
| 21. ¿Se han modificado sus valores o aficiones a causa del consumo de cocaína? | — | — |
| 22. ¿Trafica con cocaína al objeto de mantener su propio consumo? | — | — |
| 23. ¿Habría consumido alguna vez más cocaína si hubiera tenido más dinero para gastar en ella, o acceso más fácil a ella? | — | — |
| 24. ¿Oculta el consumo de cocaína a sus buenos amigos o a su familia porque le preocupa su posible reacción? | — | — |
| 25. ¿Se ha interesado menos en actividades relacionadas con la salud (por ej., ejercicio físico, deporte, dieta, etc.) debido al consumo de cocaína? | — | — |
| 26. ¿Se ha despreocupado del trabajo o los estudios por culpa del consumo de cocaína? | — | — |
| 27. ¿Miente o busca excusas en relación con el consumo de cocaína? | — | — |
| 28. ¿Suele negar y quitar importancia a su problema con la cocaína? | — | — |
| 29. ¿Le ha sido imposible parar el consumo de cocaína incluso sabiendo que tiene efectos negativos sobre su vida? | — | — |
| 30. ¿El consumo de cocaína ha puesto en peligro su trabajo o sus estudios? | — | — |
| 31. ¿Le preocupa el hecho de ser capaz o no de llevar una vida normal y satisfactoria sin tomar cocaína? | — | — |
| 32. ¿Tiene problemas económicos por culpa del consumo de cocaína? | — | — |
| 33. ¿Tiene problemas con su marido, esposa o pareja debido al consumo de cocaína? | — | — |
| 34. ¿Ha tenido el consumo de cocaína efectos negativos en su salud física? | — | — |
| 35. ¿Tiene efectos negativos el consumo de cocaína en su estado emocional o mental? | — | — |
| 36. ¿Se ha alterado su funcionamiento sexual por el consumo de cocaína? | — | — |
| 37. ¿Se ha convertido en una persona menos sociable debido al consumo de cocaína? | — | — |
| 38. ¿Ha perdido algunos días de trabajo debido al consumo de cocaína? | — | — |
| Total síes o noes | — | — |