

ANNEX 2. TRANSLATED VERSION OF THE BOSTON INTERVIEW FOR BARIATRIC SURGERY

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA BOSTON PARA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA/METABÓLICA. EDICIÓN REVISADA

Introducción

Esta entrevista ha sido diseñada para ayudar al clínico a obtener una historia completa, con la información pertinente para evaluar a pacientes que desean someterse a una cirugía metabólica/bariátrica.

Aunque se siga el formato básico de esta entrevista, es importante que el entrevistador mantenga el sentido común para generar un juicio clínico sólido. Esto incluye ser sensible a las necesidades del paciente, así como continuar preguntando en aquellas áreas que, aunque no estuvieran incluidas en la entrevista, ayudarían a definir mejor un cuadro clínico.

Se recomienda utilizar esta entrevista junto con una batería de pruebas previas en las que se incluya un cuestionario con información sociodemográfica del paciente, un registro de alimentos completado en los 3-7 días previos a la entrevista, y algún folleto informativo sobre el procedimiento quirúrgico de la cirugía bariátrica. Antes de comenzar la entrevista, el evaluador debe revisar el material que el paciente haya completado previamente, marcando respuestas que precisen de una mayor aclaración o elaboración.

El texto en ***cursiva y negrita*** indica una pregunta directa al paciente. El texto tiene por objeto sugerir una forma eficaz de formular la pregunta, pero no tiene por qué utilizarse literalmente.

El texto indica instrucciones especiales para el entrevistador.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA BOSTON PARA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. EDICIÓN REVISADA

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistador:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

Edad del paciente:

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EDUCACIONAL, LABORAL, SOCIOFAMILIAR Y ECONÓMICA

Se le habrá pedido al paciente que rellene un cuestionario con esta información y que lo lleve a la entrevista. Tómese un momento antes de la entrevista para leerlo con detalle y poder preguntar durante la entrevista la información incompleta o que necesite más aclaraciones.

Introducción: *Vamos a pasar la próxima hora, más o menos, hablando de una serie de problemas relacionados con su peso y su deseo de someterse a una cirugía bariátrica para perder peso y mejorar su salud. Es muy importante para poder ayudarlo adecuadamente que trate de ser lo más sincero y preciso posible. Si no entiende una pregunta, por favor pídale que se la aclare. Si prefiere no responder a una pregunta, puede hacerlo, aunque le agradeceríamos que conteste tantas preguntas como le sea posible.*

1. HISTORIA DEL PESO/DIETA/HÁBITOS ALIMENTARIOS

Ahora le haré algunas preguntas acerca de su peso, hábitos de alimentación y de las dietas realizadas.

¿Cuánto mide? _____

¿Cuánto pesa? _____

IMC = peso (kg) / altura (m)² _____

¿Cómo le ha afectado su peso últimamente en el día a día? _____

Historia del peso

¿Cuándo le empezó a preocupar su peso? (ej. niñez, adolescencia, embarazo, menopausia, etc.)

¿Cuál ha sido el patrón típico desde entonces? ¿Ha ganado y perdido peso frecuentemente? ¿Cuáles han sido habitualmente los desencadenantes que le han hecho ganar/perder peso?

Trate de obtener una breve visión general de las fluctuaciones del peso a lo largo de la vida del paciente; céntrese en los posibles precipitantes/desencadenantes/factores etiológicos:

¿Cuál ha sido el peso más bajo que ha alcanzado (como adulto y mediante esfuerzo deliberado)? (Peso logrado) _____

¿Cuánto tiempo pudo mantenerlo? _____

(si es diferente respuesta de la anterior),

¿Cuánto tiempo es capaz habitualmente de mantener la pérdida de peso lograda?

¿Cuál ha sido el mayor peso que ha tenido y cuándo fue?

Peso _____ Fecha/Edad _____

Intentos actuales y pasados de pérdidas de peso

¿Toma alguna(s) medida(s) en la actualidad para controlar su peso?

(En caso de que la respuesta sea afirmativa) ***¿Cuáles?***

¿Han funcionado?

Seguir estas medidas, ¿ha sido difícil o fácil?

¿Qué le gusta o disgusta de estas medidas?

Cuando usted ha intentado perder peso en el pasado, ¿qué le ha funcionado?

¿Cuánto tiempo le llevó y cuánto tiempo lo mantuvo? ¿Qué hizo que ese método fuera útil? ¿Qué factores hicieron que recuperara el peso perdido? (Por cada método que haya funcionado bien, anote la fecha aproximada, los kilos que logró perder, el tiempo que se tardó en bajar de peso, cuánto tiempo se mantuvo la pérdida de peso, qué hizo que recuperara el peso perdido y qué factores hicieron que este método funcionara/qué le gustó o disgustó de él)

Año	Método	Cantidad perdida	Tiempo hasta lograrlo	Tiempo que mantuvo el peso perdido	Desencadenantes de la recuperación ponderal	Factores que ayudaron a lograr la pérdida de peso

¿Hubo algo que intentara en el pasado para perder peso y que no funcionara bien?

¿Por qué piensa que no fue eficaz?

(Por cada método que no haya funcionado bien, anote la fecha aproximada, durante cuánto tiempo se intentó, cuál fue el resultado (por ejemplo, perdió sólo 5 kg y "se dio por vencido"), y las teorías del paciente sobre por qué este método no funcionó)

Año	Método	Resultado	Duración del intento	Por qué no funcionó

Ingestas diarias

Nota: Al paciente se le habrá enviado una hoja de registro y se le pedirá que haga una lista de todos los alimentos que haya comido durante un día típico. Por favor, examine brevemente esta hoja y pregunte sobre cualquier cuestión que necesite ser aclarada o precisada.

Preferencias alimenticias y fuentes

¿Tiene un determinado tipo de alimento(s) que considera su "debilidad"?

¿Con qué frecuencia consume bebidas altas en calorías como refrescos, zumos de frutas, bebidas deportivas, u otras bebidas dulces?

¿Quién compra y prepara la mayor parte de su comida?

¿Dónde consigue las comidas cuando está en la escuela/trabajo?

¿Con qué frecuencia come en restaurantes? _____ veces a la semana.

¿Con qué frecuencia pide comida para llevar? _____ veces por semana.

¿Con qué frecuencia consume comida rápida/"basura"? ___ veces a la semana.

Tamaños de porciones

¿Cómo son habitualmente las cantidades de las porciones: en plato pequeño, medio o grande? ¿Puede dar ejemplos?

¿Hay momentos o situaciones específicas en los que es más probable que coma mayores cantidades?

Patrones de alimentación

<i>¿Es regular en los horarios de comidas?</i>	(Sí/No)
<i>¿Qué comidas hace al día, incluyendo aperitivos y/o meriendas?</i>	
<i>¿Cuántas veces come al día, incluyendo aperitivos y/o meriendas?</i>	
<i>¿A qué horas?</i>	
<i>¿Suele estar de forma habitual más de 3-4 horas sin comer nada?</i>	(Sí/No)
(Si la respuesta es afirmativa) <i>¿Suele en estos casos acabar comiendo más la siguiente vez?</i>	(Sí/No)
<i>¿Tiende a comer si está aburrido?</i>	(Sí/No)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ahora voy a preguntarle acerca de varios tipos de conductas alimentarias:

Atracones y conductas purgativas

Nota: El entrevistador debería estar familiarizado con los criterios que definen los atracones y conductas purgativas antes de la entrevista. Tenga en cuenta que los episodios de atracones aislados no constituyen un trastorno de atracones. Puesto que establecer la existencia y gravedad de estas conductas influye significativamente en la evaluación, también pueden usarse cuestionarios auto-informados como el QEWP-R o EDE-Q. Si se utiliza un cuestionario de este tipo, tómese un momento para revisar las respuestas del paciente antes de comenzar esta sección de la entrevista. Luego haga todas las preguntas necesarias para aclarar cualquier duda según sea necesario.

Atracones		Actuales		En el pasado	
<i>¿Le ha ocurrido alguna vez que haya comido una gran cantidad de comida en poco tiempo (aproximadamente en unas dos horas), mayor cantidad de comida de la que la mayor parte de las personas comería en una situación similar?</i>		(S/N)		(S/N)	
<i>¿Sintió que perdía el control? ¿Sintió que no podía parar?</i>		(S/N)		(S/N)	
<i>Ejemplo (puede dar un ejemplo de lo que pudo llegar a comer en un episodio típico/ que comió la última vez que le sucedió? - especifique cantidades)</i>					
¿Cumple los criterios de episodio atracón?	Sí	No	Frecuencia (ej., 2/semana)	Duración (ej., 6 meses)	
Actual					

Pasado (especifique cuándo)				
--	--	--	--	--

Características de un episodio de atracón	Actuales	En el pasado
Come más rápido de lo normal (S/N)		
Come a pesar de estar lleno (S/N)		
Come a pesar de no tener hambre (S/N)		
Come solo porque le da vergüenza/resulta embarazoso (S/N)		
Se siente culpable después de haber comido excesivamente (S/N)		

Criterios diagnósticos	Actuales	En el pasado
¿Hay experiencias significativas de estrés en torno a los atracones?		
¿CUMPLE LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DE ATRACONES? (Episodios de atracón al menos 1 vez/semana durante al menos 3 meses; al menos 3 características asociadas; angustia marcada alrededor de los episodios de atracón)		

¿Trata o ha tratado alguna vez de controlar su peso "deshaciéndose de" lo que había comido de alguna de las siguientes maneras?

Conductas compensatorias	Actuales	En el pasado (especificar cuándo)	Frecuencia (ej., 1 episodio por semana)	Duración (ej., 3 meses)
Vómitos autoprovocados				

Uso de laxantes (2 veces más de la dosis normal/no prescritos)				
Diuréticos (2 veces más de la dosis normal/no prescritos)				
Productos para adelgazar (2 veces más de la dosis normal)				
Ejercicio excesivo				
Otros (especificar..... ...)				

Picoteo

¿Tiende a comer en horarios y momentos establecidos (comidas y aperitivos), o come de forma continua a lo largo del día o de la tarde? _____ Sí _____ No.

(En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa) *¿En qué momento del día sucede con más frecuencia?*

<u>“Comedores emocionales” (Emotional Eating)</u>	
<i>¿Piensa que frecuentemente (> 2 veces/semana) tiende a comer en respuesta a emociones negativas?</i>	
<i>¿Piensa que frecuentemente (> 2 veces/semana) puede usar la comida como un mecanismo para afrontar sus dificultades?</i>	
<i>¿Piensa que frecuentemente (> 2 veces/semana) puede usar la comida como forma para calmar su ansiedad?</i>	
<i>¿Cree que sus emociones actuales o alguna preocupación están afectando a su peso haciendo que coma más?</i>	

<i>¿Siente que comer en respuesta a sus estados emocionales influyen negativamente sobre su peso actual o le dificulta perder peso?</i>	
<i>¿Es un “comedor emocional”? (se cumple alguno de los síntomas señalados con anterioridad)</i>	

<u>Comedor nocturno (<i>night eating</i>)</u>	
<i>1. ¿Se despierta en alguna ocasión en medio de la noche?</i>	(S/N)
<i>1a. Si se despierta en medio de la noche, ¿cuántas veces se levanta a comer algo en esos momentos?</i>	(≥ 3 veces/semana? S/N)
<i>2. ¿Piensa que al menos una cuarta parte de las calorías diarias podría ingerirlas después de la cena?</i>	(utilice los registros de comida si es posible para evaluarlo) (S/N) Si la respuesta es no para 1a y 2, pare aquí
<i>3. Le sucede que:</i> - <i>¿Se encuentra lleno cuando se despierta por la mañana?</i> - <i>¿Tiene un fuerte deseo de comer entre la cena y la hora de acostarse y/o durante la noche?</i> - <i>¿Le cuesta iniciar o mantener el sueño cuatro o más noches por semana?</i> - <i>¿Cree que necesita comer para quedarse dormido o para retomar el sueño?</i> - <i>¿Su estado de ánimo tiende a ser bajo y/o empeora por la noche?</i>	(S/N) Al menos 3 de estas
<i>4. ¿Está preocupado por esta forma de comer?</i>	(S/N)

Atribuciones del paciente con respecto al peso

¿Cuáles cree que son los principales factores que influyen sobre su peso actual? (ej., genéticos, malas elecciones alimentarias, picoteo, comedor emocional, desorganización de horarios por falta de tiempo, falta de ejercicio, para dejar de fumar, medicinas, menopausia, otros problemas médicos, etc.)

3. HISTORIA CLÍNICA

Revise la historia clínica del paciente para conocer sus principales problemas de salud.

Entrevistador: Tome nota especialmente si el paciente comprende por qué y para qué toma cada uno de sus medicamentos. Evaluar si es él/ella mismo/a el/la responsable de sus propios medicamentos o si otra persona se encarga de dárselos. Evaluar los antecedentes de adherencia al tratamiento médico/las recomendaciones (ejemplos: frecuencia de la monitorización de la glucosa en sangre; el uso de CPAP; adhesión al régimen de medicación o a la dieta para la diabetes)

Notas sobre la historia clínica y responsabilidad/conocimiento de la medicación, y antecedentes de adherencia:

4. CONOCIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS, RIESGOS Y RÉGIMEN POSTQUIRÚRGICO

Ahora voy a preguntarle sobre lo que sabe acerca del procedimiento quirúrgico, los riesgos que conlleva y los cambios que tendría que hacer en su dieta después de la cirugía.

Nota para el entrevistador: Después de preguntar sobre cada riesgo/efecto secundario, educar brevemente al paciente sobre cada aspecto, si fuera sea necesario.

Procedimientos quirúrgicos

<i>¿Podría decirme qué es lo que ocurre durante la cirugía?</i> ¿Entiende el paciente la intervención que se le realizará? 1: muy mal, 2: regular, 3: bien, 4: muy bien, 5: excelente, 0: no evaluado	
<u>Baipás gástrico</u> • Se secciona el estómago en dos partes de distinto tamaño. • El intestino se conecta a la parte más pequeña del estómago. • La comida se salta una parte del estómago y del intestino delgado.	
<u>Gastrectomía vertical</u> • Se secciona la mayor parte del estómago y se extrae del cuerpo. • Con la parte no extirpada del estómago se forma una estructura tubular de la forma y tamaño de un plátano. • Habitualmente se realiza por vía laparoscópica.	

Riesgos y efectos secundarios

<i>¿Qué sabe de los riesgos y efectos secundarios asociados a la cirugía bariátrica?</i> Coloque una X al lado de cada riesgo/efecto secundario que el paciente conozca, dé una calificación global basada en estas respuestas.	
Baipás gástrico	
Muerte (la tasa de mortalidad en los primeros 30 días se estima actualmente en un 0,5 %)	
Hemorragia	
Infección de la herida quirúrgica	
Úlceras	
Hernias	
Dehiscencia de las suturas y fístulas	

Deshidratación	
Síndrome de “dumping” (náuseas, cefalea leve, diarrea y enrojecimiento)	
Vómitos	
Intolerancia a la lactosa	
Deficiencias nutricionales	
Colgajos de piel	
Pérdida del cabello (temporal, puede minimizarse con un adecuado aporte proteico)	
Gastrectomía vertical	
Muerte (la tasa de mortalidad en los primeros 30 días se estima actualmente en un 0,05 %)	
Hemorragia	
Infección de la herida quirúrgica	
Vómitos	
Deshidratación	
Colgajos de piel	
Hernias	
Reflujo gastroesofágico	
Dehiscencias en la pared reseçada del estómago	
Deficiencias nutricionales	
Pérdida del cabello (temporal, puede minimizarse con un adecuado aporte proteínico)	
Valoración global del conocimiento del paciente sobre los riesgos y efectos secundarios del procedimiento. 1: muy mala, 2: regular, 3: buena, 4: muy buena, 5: excelente, 0: no evaluada	

Régimen posquirúrgico

<i>Hábleme de la forma en que su dieta cambiará después de la cirugía.</i> **Nota** Esta información variará según el lugar donde se operará al paciente.	
---	--

Por cada cuadro, de una calificación global de los conocimientos del paciente sobre las restricciones dietéticas postquirúrgicas, basándose en su conocimiento sobre los puntos señalados abajo. 1: muy mal, 2: regular, 3: bueno, 4: muy bueno, 5: excelente	
<i>¿Cómo será su dieta en las primeras semanas tras la cirugía?</i> • Las cantidades de comida tendrán que limitarse a lo que cabe dentro de un yogur o el equivalente a 4 cucharadas soperas. • Puede que con el tiempo pueda tomar algo más pero probablemente nunca volverán a ser mayores de lo que come un niño. • La dieta tendrá que ser baja en azúcar, grasa y preferiblemente blanda/líquida.	
<i>¿Qué comidas deberá limitar o evitar?</i> • Comidas grasas (ej., helados, chocolate, queso, galletas, “comida basura” como las patatas fritas) • Bebidas calóricas (ej., bebidas energéticas deportivas, batidos, zumos), caramelos y chucherías (pueden causar síndrome de “dumping”) • Comidas astringentes (carne roja o grasas, panes hechos con harinas refinadas, etc.) • Refrescos azucarados (se han encontrado fuertes evidencias que relacionan su consumo con la recuperación ponderal) • Alcohol (le afectará más rápido y más intensamente después de la cirugía) • Cafeína (los primeros meses, por su efecto diurético)	
<i>¿Cuáles deberían ser los hábitos más adecuados para la recuperación posquirúrgica?</i> • 4-6 comidas pequeñas al día repartidas cada 3-4 horas. • Comer despacio, masticando bien la comida. • Asegúrese de parar de comer cuando se sienta satisfecho, antes de sentirse lleno. • Coma muy pequeñas cantidades.	

● No beba con las comidas o dentro de los siguientes 30 minutos (hace que la comida pase a través del estómago demasiado rápido y produce más sensación de hambre) ● No haga dieta. Trabaje para lograr un equilibrio saludable en la alimentación; no hay alimentos prohibidos (salvo las excepciones anteriores). ● Haga ejercicio físico diario.	
---	--

5. MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS

Motivación

Voy a enumerar algunas razones por las que algunas personas quieren hacerse una cirugía bariátrica. En una escala de 1-5, ¿cómo es de importante cada uno de ellos para entender sus razones para intervenir? ¿Cuál es la razón más importante?

1: sin importancia, 2: poco, 3: moderadamente, 4: considerablemente

5: extremadamente, 0: N/A: no aplicable.

Rodee y puntúe la razón más importante:

- _____ Mejorar la movilidad
- _____ Aumento de la energía
- _____ Recuperar/adquirir nuevas actividades
- _____ Mejorar su vida social
- _____ Mejorar su rendimiento en su trabajo
- _____ Mejorar su salud
- _____ Prevenir futuros problemas de salud
- _____ Aumentar la longevidad
- _____ Disminuir el dolor
- _____ Encontrarse mejor
- _____ Mejorar su aspecto físico/apariencia
- _____ Mejorar su autoestima
- _____ Mejorar su vida sexual
- _____ Mejorar las relaciones con su pareja o esposo/a

_____ Razones prácticas (cabere en el asiento de un avión, abrocharse los zapatos, comprar ropa, etc.)

_____ Otras (describa: _____)

Comentarios:

Expectativas

Califique el conocimiento del paciente acerca de los resultados postquirúrgicos:

1: muy escaso, 2: regular, 3: bueno, 4: muy bueno, 5: excelente, 0: no evaluado.

<i>¿Cuánto peso espera perder tras la cirugía?</i> ● Idealmente los pacientes perderán un 60-70 % del exceso de peso corporal. Ver en qué medida las expectativas acerca del peso son realistas en función de las características clínicas. ● Las personas que comen de forma saludable y se mantienen físicamente activas tienden a perder más peso. ● Las personas jóvenes pierden más peso que las mayores.	
<i>¿Cuánto se tardará en alcanzar la máxima pérdida de peso?</i> ● Se pierde más rápidamente durante los primeros meses tras la cirugía. ● La máxima pérdida de peso puede tardar hasta dos años en alcanzarse.	
<i>¿Cuál es el patrón típico de recuperación del peso?</i> ● Media: 10-15 % de lo perdido se recupera a los 5 años de seguimiento tras la cirugía. ● La recuperación del peso puede ser mayor si se mantienen o reaparecen conductas no saludables pudiendo incluso recuperarse todo el peso perdido.	
<i>¿Es consciente de que los antiguos patrones de conducta suelen reaparecer?</i>	

● Es relativamente frecuente y tiende a ocurrir entre los meses 18 al 24 tras la intervención, pero puede ser incluso posteriormente.	
<i>¿Es consciente de que algunas personas desarrollan conductas problemáticas incluso tiempo después tras la cirugía?</i> ● En la alimentación: es relativamente infrecuente, pero pueden suceder ● En otros ámbitos: alcohol/drogas, compras compulsivas, juego patológico, sexo.	

Adherencia

¿Cómo piensa que le afectará modificar sus patrones de alimentación? ¿Le preocupa que pueda tener sentimientos de pérdida o tristeza?

Si en el pasado ha hecho frente a las emociones comiendo, ¿qué otras estrategias utilizará si se somete a la cirugía?

¿Será capaz de obtener y preparar los alimentos que necesita? ¿Qué puede interponerse en su camino?

¿Cómo afectará a su entorno sus esfuerzos por comer de forma saludable?

¿Su horario de trabajo u otras responsabilidades cotidianas le permitirán comer con frecuencia y de forma saludable, y realizar actividad física frecuente?

SISTEMAS DE APOYO/RELACIONES

¿Qué piensan sus familiares y amigos de su deseo de hacerse una cirugía bariátrica?

¿Quién podría hacerse cargo de ayudarle inmediatamente después de la cirugía?

Si lograra perder peso, ¿cómo piensa que podría afectar a sus relaciones? (pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo, otros)

¿Alguien podría sentirse infeliz o incómodo si usted perdiera peso?

Si fuera necesario, ¿esta(s) persona(s) accedería(n) a acompañarle a una cita antes de la intervención?

7. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Nota: El entrevistador debe tener habilidades básicas para realizar una historia psiquiátrica y una exploración psicopatológica; por lo tanto, las preguntas de esta sección no están escritas.

<u>Diagnóstico (DSM-5)</u>	Actual	Pasada
Sintomatología depresiva mayor	S/N	S/N
Sintomatología maníaca/hipomaníaca	S/N	S/N
Ideación suicida (especificar/describir)	S/N	S/N
Trastorno de ansiedad generalizada	S/N	S/N
Ataques de pánico	S/N	S/N
Otros síntomas de ansiedad significativos (especificar/describir)	S/N	S/N
Sintomatología psicótica (especificar/describir)	S/N	S/N

Antecedentes de sucesos traumáticos	Actual	Pasada
Abuso físico/sexual	S/N	S/N
Otros sucesos traumáticos (especificar/describir)		

Si hubiera sucesos traumáticos, ¿considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT)?	Actual/Pasado/Ninguno
---	-----------------------

Antecedentes de tratamiento en salud mental

Medicaciones psicotrópicas

- Tratamientos psicofarmacológicos actuales (especifique tipo / indicación / prescriptor)
- Tratamientos psicofarmacológicos pasados (especifique tipo / indicación):

Ingresos en unidades de psiquiatría/servicio de urgencias psiquiátricas:

(Fechas/Diagnósticos/Motivo de ingreso)

Seguimiento en consultas externas/centro de salud mental:

(Fechas / Diagnóstico / Motivo de consulta)

Actual

Pasado

Nombre del terapeuta actual

Datos de contacto

Evolución clínica

Trastorno por consumo de sustancias

Revise la información recogida en la historia clínica del paciente sobre el abuso de sustancias

- **Alcohol**

¿Actualmente consume alcohol? (nunca: 0 puntos; mensualmente o menos: 1 punto; de 2 a 4 veces al mes: 2 puntos; de 2 a 3 veces a la semana: 3 puntos; 4 o más veces a la semana: 4 puntos. Fuente: cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol [<https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/AlcoholScreen-es.htm>])

(Si no hay consumos actuales): **¿En el pasado consumía más o menos frecuentemente?**

(Si aplicable): **¿Ha tenido (ahora/en el pasado) problemas con el consumo de alcohol?**

(Si los tuvo, establecer si existen criterios del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5)

Trastorno por consumo de alcohol	Actual	Pasado
Dependencia alcohólica	Actual	Pasado

Resultados (Historiar tratamientos seguidos y años de abstinencia, si aplicable)

- **Drogas**

¿Actualmente consume drogas? (Si hay consumos, establecer si existen criterios DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias)

¿En el pasado ha tomado alguna droga regularmente? (si las hubo, establecer si existieron criterios DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias).

Trastorno por consumo de sustancias (especifique la sustancia)	Actual	Pasado
---	--------	--------

Dependencia (especifique la sustancia)	Actual	Pasado
---	--------	--------

Resultados (Historiar tratamientos seguidos y años de abstinencia, si aplicable)

- **Hábito tabáquico**

¿Suele fumar cigarrillos?

(Si la respuesta es afirmativa): ***¿Desde cuándo?***

(Si la respuesta es afirmativa): ***¿Cuántos cigarrillos fuma al día habitualmente?***

(Si la respuesta es afirmativa): ***¿Estaría dispuesto a dejar de fumar si el cirujano se lo indicara?***

Antecedentes familiares psiquiátricos

(Especifique parentesco y tipo de problema).

Antecedentes familiares de consumo de tóxicos

(Especifique parentesco y tipo de sustancia)

Examen del estado mental

Por favor conteste a las siguientes preguntas acerca del estado actual (SÍ/NO)

1. Alerta
2. Orientado
3. Aspecto cuidado
4. Colaborador
5. Alteraciones de la memoria (amnesia)
6. Alteraciones de la concentración (inatención)

7. Juicio de realidad
8. Ideación suicida (con/sin planificación) (activa/pasiva: ideas de muerte)
9. Ideación homicida (con/sin planificación) (activa/pasiva)
10. Discurso (ralentizado, verborreico, otro)
11. Alteraciones psicomotoras (agitación, ralentización)

Notas sobre el funcionamiento general, severidad/grado de deterioro: