

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase

CLIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

| Preguntas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------|--------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 más veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | De 7 a 9 | 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | | Sí, pero no en el curso del último mes | | Sí, en el último mes |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | No | | Sí, pero no en el curso del último mes | | Sí, en el último mes |
| Total | | | | | |