

## CONSUMO DE ALCOHOL

### Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

*A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con el consumo del alcohol. Marca con una X las respuestas que consideres adecuada. Contesta haciendo referencia al último año.*

| A1. ¿Con que frecuencia tomas alguna “bebida” que contenga alcohol?  | Nunca | una o menos veces al mes     | 2 - 4 veces al mes | 2 o 3 veces por semana | 4 ó más veces por semana |  |
|--|-------|------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------|--|
| A2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” tomaste durante un día típico en el que haz bebido? <b>Si no tomas no contestes esta pregunta.</b>  | 1 ó 2 | 3 ó 4                        | 5 ó 6              | 7 a 9                  | 10 ó más                 |  |
| A3. ¿Con que frecuencia tomas seis “bebidas” o más en un sola ocasión?   | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A4. ¿Con que frecuencia en el último año haz sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?  | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudiste hacer lo que normalmente se esperaba de ti debido a la bebida?  | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitaste tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerte en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho? | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A7. Durante el último año ¿con que frecuencia te sentiste culpable o con remordimientos después de haber bebido?   | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fuiste capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?   | Nunca | Menos de una vez al mes      | Mensualmente       | Semanalmente           | A diario o casi a diario |  |
| A9. ¿Tu u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que bebiste?   | No    | Sí, pero no en el último año | Sí, el último año  |                        |                          |  |
| A10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional de la salud te ha expresado su preocupación por tu bebida o te ha sugerido dejar de beber?   | No    | Sí, pero no en el último año | Sí, el último año  |                        |                          |  |