

Escala de consumo de alcohol obsesivo-compulsivo

Investigator:

Dr Sangeetha Vulichi

eCRF ID:

A101-081

Filled By:

Subject

Scale:

Double-blind Treatment (Day 42)

Date:

7/31/2025

1. Cuando no bebe, ¿cuánto tiempo pasa ocupado/a en ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionados con la bebida?

Answer: (2) De una a tres horas diarias.

2. ¿Con qué frecuencia le vienen estos pensamientos?

Answer: (2) Más de ocho veces al día, pero la mayor parte del día no tengo esos pensamientos.

3. ¿En qué medida esas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionados con la bebida interfieren en su vida social o laboral o en las demás actividades que tenga que desempeñar? ¿Hay algo que usted no haga o no pueda hacer debido a dichas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes? [Si en la actualidad no trabaja, indique hasta qué punto su rendimiento se vería afectado en caso de que tuviese un empleo.]

Answer: (1) Los pensamientos relacionados con la bebida interfieren un poco en mis actividades sociales o laborales, pero en general no afectan a mi comportamiento o rendimiento.

4. ¿En qué medida esas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionados con la bebida lo/a perturban o alteran cuando no bebe?

Answer: (1) Solo ligeramente: son poco frecuentes y no me alteran demasiado.

5. Cuando no bebe y le vienen estos pensamientos a la cabeza, ¿en qué medida se esfuerza por resistirse a ellos o por no hacerles caso o desviar la atención de ellos? (Puntúe sus esfuerzos por resistirse a estos pensamientos, no si realmente ha conseguido controlarlos o no.)

Answer: (1) La mayor parte de las veces intento resistirme a ellos.

6. ¿En qué medida consigue parar o alejar esos pensamientos cuando no bebe?

Answer: (1) Normalmente soy capaz de parar o alejar tales pensamientos con cierto esfuerzo y concentrándome.

7. ¿Cuántas bebidas toma al día?

Answer: (3) De tres a siete bebidas al día.

8. ¿Cuántos días a la semana bebe?

Answer: (2) Dos o tres días por semana.

9. ¿En qué medida lo que bebe interfiere en cómo realiza su trabajo? ¿Hay algo que usted no haga o no pueda hacer debido a la bebida? (Si en la actualidad no trabaja, indique hasta qué punto su rendimiento se vería afectado en caso de que tuviese un empleo.)

Answer: (1) La bebida interfiere un poco en mi trabajo, pero en general no afecta a mi rendimiento laboral.

10. ¿En qué medida lo que bebe interfiere en su vida social? ¿Hay algo que usted no haga o no pueda hacer debido a la bebida?

Answer: (1) La bebida interfiere un poco en mis actividades sociales, pero en general no afecta a mi comportamiento.

11. Si le impidiesen beber alcohol cuando tuviese ganas de hacerlo, ¿en qué medida se sentiría ansioso/a o molesto/a?

Answer: (1) Me sentiría solamente un poco ansioso/a o irritado/a.

12. ¿En qué medida se esfuerza para resistirse a consumir bebidas alcohólicas? (Puntúe solamente sus esfuerzos por resistirse, no si realmente ha conseguido controlar o no el consumo de alcohol.)

Answer: (1) La mayor parte de las veces intento resistirme.

13. ¿Cómo de fuerte es la necesidad de consumir bebidas alcohólicas?

Answer: (1) Siento cierta necesidad de beber.

14. ¿En qué medida puede controlar lo que bebe?

Answer: (1) Normalmente puedo controlarlo a mi antojo.

Disclaimer: By signing this document electronically, I acknowledge that I have reviewed its contents, understand its implications, and confirm its accuracy. I understand that my electronic signature is legally binding, the content of this document is confidential, and will not be shared with third parties without authorization.