

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA FRENTE AL USO NOCIVO DE ALCOHOL

Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol

Edad

Sexo

Localidad

Institución

Municipio

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1.¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Por ej: Cerveza, Vino, Fernet u otras	Nunca Pase a la Nº 9	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 unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber 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	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
4.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
5.¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
6.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
7.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
8.¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la anterior porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	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 año		Sí, el ultimo año	
10.¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?			Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el ultimo año	
						Total

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: Sugerimos que Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

FELICITACIONES!

Usted ha sido franco/a con usted mismo/a.

Ahora muestre sus respuestas al profesional que lo atenderá.

USTED DECIDE!