



TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Lea las preguntas tal como están escritas. **Registre** las respuestas cuidadosamente. **Empiece** el **AUDIT** diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». **Explique** qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos

como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de **TRAGO** («bebidas estándar»). **Recuerde**, **1 TRAGO** es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). **Marque** la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.

- | | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|--|---|----------------------|
| 1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 1 o menos veces al mes | <input type="radio"/> 2 De 2 a 4 veces al mes | <input type="radio"/> 3 De 2 a 3 veces a la semana | <input type="radio"/> 4 4 o más veces a la semana | <input type="text"/> |
| 2 ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal? | <input type="radio"/> 0 1 ó 2 | <input type="radio"/> 1 3 ó 4 | <input type="radio"/> 2 5 ó 6 | <input type="radio"/> 3 7, 8 ó 9 | <input type="radio"/> 4 10 ó más | <input type="text"/> |
| 3 ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |

Hombres 0 a 4 puntos
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo



Termine acá la evaluación y realice una **Intervención Mínima**

PUNTAJE
AUDIT-C

Suma del
puntaje de las
preguntas
1 a 3

Hombres 5 puntos o más
Mujeres 4 puntos o más

Consumo de riesgo



Continúe con las preguntas 4 a 10

- | | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|---|--|----------------------|
| 4 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |
| 5 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |
| 6 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |
| 7 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |
| 8 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | <input type="radio"/> 0 Nunca | <input type="radio"/> 1 Menos de una vez al mes | <input type="radio"/> 2 Mensualmente | <input type="radio"/> 3 Semanalmente | <input type="radio"/> 4 A diario o casi a diario | <input type="text"/> |
| 9 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | <input type="radio"/> 0 No | <input type="radio"/> 1 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 2 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 3 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 4 Sí, el último año | <input type="text"/> |
| 10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | <input type="radio"/> 0 No | <input type="radio"/> 1 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 2 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 3 Sí, pero no el curso del último año | <input type="radio"/> 4 Sí, el último año | <input type="text"/> |

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo



Realice una **Intervención Mínima**

PUNTAJE
AUDIT

Suma del
puntaje de
las preguntas
1 a 10

8 a 15 puntos

Consumo de riesgo



Realice una **Intervención Breve**

16 puntos o más

Posible consumo
problema o dependencia



Realice una **Derivación Asistida para una evaluación completa y una Intervención Breve igualmente**