

## AUDITORIA

1. Cada cuanto toma Ud. una bebida que contiene alcohol?  
(0) Nunca      (1) una vez al mes      (2) 2-4 veces al mes      (3) 2-3 veces por semana      (4) 4 veces o más a la semana
2. Cuantas bebidas alcohólicas toma en un día típico de estar tomando?  
(0) 1-2      (1) 3 o 4      (2) 5 o 6      (3) 7-9      (4) 10 o más
3. Cada cuanto toma seis o más bebidas en una sola ocasión?  
(0) Nunca      (1) ni una vez al mes      (2) mensualmente      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
4. Cuantas veces, durante el año pasado, se cuenta que no pudo dejar de tomar después de empezar?  
(0) Nunca      (1) ni una vez al mes      (2) cada mes      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
5. Cuantas veces, durante el año pasado, no cumplió sus deberes normales por estar tomando?  
(0) Nunca      (1) ni una vez al mes      (2) cada mes      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
6. Cuantas veces, durante el año pasado, ha necesitado una bebida en la mañana para animarse después de una noche de tomar mucho?  
(0) Nunca      (1) ni una vez al mes      (2) cada mes      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
7. Cuantas veces, durante el año pasado, ha sentido culpabilidad o remordimiento después de tomar?  
(0) Nunca      (1) Ni una vez al mes      (2) cada mes      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
8. Cuantas veces, durante el año pasado, no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior por estar tomando?  
(0) Nunca      (1) ni una vez al mes      (2) cada mes      (3) cada semana      (4) cada día o casi a diario
9. Ha quedado herido Ud. o alguien que conoce de resulta de estar tomando?  
(0) No      (2) Sí, pero no en el último año      (4) Sí, durante el año pasado
10. Ha estado preocupado por Ud. un doctor, amigo, pariente, o otra persona acerca de su tomar o ha sugerido que no tome tanto?  
(0) No      (2) Sí, pero no en el último año      (4) Sí, durante el último año

Resultado Total: \_\_\_\_\_

## DAST-10

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses.

- |  | Marque su respuesta con un círculo |    |
|--|------------------------------------|----|
|  | Sí                                 | No |
| 1. ¿Ha usado Ud. otras drogas que aquellas requeridas por razones médicas?   | Sí                                 | No |
| 2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?  | Sí                                 | No |
| 3. ¿Puede dejar de usar las drogas cuando quiere?  | Sí                                 | No |
| 4. ¿Ha tenido una pérdida de conocimiento o una escena retrospectiva de resulta de las drogas?   | Sí                                 | No |
| 5. ¿Se siente a veces mal o culpable sobre su uso de drogas?   | Sí                                 | No |
| 6. ¿Se queja a veces su esposo/a (o padres) de su uso de drogas?   | Sí                                 | No |
| 7. ¿Ha descuidado a su familia por usar drogas?  | Sí                                 | No |
| 8. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para conseguir las drogas?   | Sí                                 | No |
| 9. ¿Ha tenido síntomas de “retirada” (se sintió enfermo) cuando dejó de tomar las drogas?  | Sí                                 | No |
| 10. ¿Ha tenido problemas médicos de resulta del uso de drogas (por ejemplo, una pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, pérdida de sangre, etc.)? | Sí                                 | No |

Resultado: \_\_\_\_\_