

**Cuestionario de Identificación de Trastornos Causados por el Consumo de Alcohol  
("AUDIT")**

**Organización Mundial de la Salud**

1. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

Puntaje

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| Nunca                         | 0 |
| Mensualmente o menos          | 1 |
| Dos-Cuatro veces por mes      | 2 |
| Dos-Tres veces por semana     | 3 |
| Cuatro o más veces por semana | 4 |

2. ¿Cuántas bebidas ingiere en un día normal en el que consume alcohol?

Puntaje

- |               |   |
|---------------|---|
| Una o dos     | 0 |
| Tres o cuatro | 1 |
| Cinco o seis  | 2 |
| Siete-nueve   | 3 |
| Diez o más    | 4 |

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos en una sola ocasión?

Puntaje

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Nunca                       | 0 |
| Menos de una vez al mes     | 1 |
| Mensualmente                | 2 |
| Semanalmente                | 3 |
| Diariamente o casi a diario | 4 |

4. ¿Durante el último año, cada cuánto pensó que no podía dejar de beber una vez que había comenzado?

Puntaje

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Nunca                       | 0 |
| Menos de una vez al mes     | 1 |
| Mensualmente                | 2 |
| Semanalmente                | 3 |
| Diariamente o casi a diario | 4 |

5. Durante el último año, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que normalmente se esperaba de usted a causa de la bebida?

Puntaje

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diariamente o casi a diario	4

6. Durante el último año, ¿cada cuánto sintió necesidad de tomarse un primer trago en la mañana para recuperarse de una jornada de bebida fuerte?

Puntaje

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diariamente o casi a diario	4

7. A lo largo del último año, ¿cada cuánto tuvo sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?

Puntaje

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diariamente o casi a diario	4

8. Durante el último año, ¿cuántas veces no pudo recordar lo que pasó la noche anterior a causa del consumo de alcohol?

Puntaje

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diariamente o casi a diario	4

9. ¿Usted a alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

Puntaje

Nunca 0  
Sí, pero no durante el año pasado 2  
Sí, durante el año pasado 4

10. ¿Conoce usted a algún pariente, amigo, médico u otro trabajador de la salud que se haya preocupado por su hábito de bebida y que la haya sugerido detenerse?

Puntaje

Nunca 0  
Sí, pero en el curso del último año 2  
Sí, durante el curso del último año 4

Sume las puntuaciones de la 1-10. Ésta es la puntuación total

Puntuación Total

Sume las puntuaciones de las preguntas 4,5 y 6.Ésta es la puntuación secundaria

Puntuación secundaria

### Niveles de Riesgo

Total	Secundario	Nivel de riesgo
< 8	< 4	Riesgo bajo
8-15	< 4	Riesgoso
16-19	< 4	Riesgo alto
16-19	> 4	Talvez sea dependiente
>20	< 4	Propenso a ser dependiente
>20	> 4	Probablemente dependiente