

## PRUEBA DE IDENTIFICACION DE DESORDENES EN EL USO DE ALCOHOL (AUDIT)

Lea las siguientes preguntas y marque sus respuestas. Diga a la persona que va a hacer las preguntas “Ahora, le voy a hacer algunas preguntas acerca de su uso de bebidas alcohólicas durante al año pasado”. Explique que “bebidas alcohólicas” se refiere a bebidas tales como cerveza, vino, vodka, licor o cualquier otra bebida que contiene alcohol.

1. ¿Cada cuándo 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. ¿Cuántas 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 cuándo 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. ¿Cuántas veces, durante el año pasado, se dió 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. ¿Cuántas 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. ¿Cuántas 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. ¿Cuántas 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. ¿Cuántas veces, durante el año pasado, no ha podido recordar lo que paso 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 como resultado de estar tomando?  
(0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el año pasado
10. ¿Se ha preocupado por Ud. un doctor, amigo, pariente, u otra persona por su habito de tomar o se le ha sugerido que no tome tanto?  
(0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

**[Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. (AUDIT) Prueba de Identificación de Desordenes en el Uso de Alcohol. Proyecto colaborativo de detección de personas con nivel de consumo peligroso de alcohol WHO]**

### Contando el puntaje

El puntaje para cada pregunta es de 0 – 4. Si la respuesta a la primera pregunta es nunca, el puntaje será 0. El puntaje para cada pregunta se indica con el número en paréntesis.

Si al sumar el puntaje el total es 8 o más, se considera como una prueba positiva y la persona tiene que ser referida a un Profesional Calificado de Abuso de Sustancias para que se haga una evaluación más completa.

DSS 8218 SPANISH (rev. 09/15)

Sección de Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services Section

**El Estado de Carolina del Norte no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad en la admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios o actividades, o en el empleo.**

(Si una **persona menor de 21 años** obtiene un puntaje de 1 o más, refiera a la persona a un Profesional Calificado de Abuso de Sustancias para que se haga una evaluación más completa)

## EVALUACION DE ABUSO DE DROGAS (DAST-10)

Fundación para Investigación de Adicción 1982. Autor: Harvet A. Skinner Ph.D

Las siguientes preguntas se refieren al uso de drogas, incluyendo bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.

“Abuso de drogas” se refiere al uso con exceso de medicamentos prescritos o al uso excesivo de medicamentos que no requieren receta médica y (2) cualquier otro uso de drogas.

Varias clases de drogas incluyen cannabis (mariguana, hashish), solventes (ej. thinner), tranquilizantes (ej. Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (ej. Speed), alucinógenos (ej. LSD) o narcóticos (ej. Heroína). Recuerde que estas preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Por favor conteste cada pregunta. Si tiene dificultad con la frase, dé la respuesta que es más aplicable.

		Marque su respuesta con un círculo	
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.	¿Usted puede dejar de usar drogas cuando quiere?	Sí	No
4.	¿Ha tenido una pérdida de conocimiento o una escena retrospectiva como resultado del uso de drogas?	Sí	No
5.	¿Se siente culpable o mal por usar de drogas?	Sí	No
6.	¿Se queja a veces su esposo/a (o padres) porque usted usa 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, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, pérdida de sangre, etc.)?	Sí	No

**Puntaje: ----- (Puntaje de 3 o más, refiera a la persona para una Prueba de Uso de Sustancias del Programa Work First)**

### PUNTAJE PARA DAST-10

En DAST-10 cada respuesta “Sí” recibe un puntaje de 1, excepto en el numero 3 donde un “No” recibe un puntaje de 1.

### INTERPRETACION DE DAST – 10

Puntaje	Grado del problema de abuso de drogas	Acción sugerida
0	No hay problema a reportar	Ninguna
1-2	Nivel bajo	Monitoree, haga otra evaluación posteriormente
3-5	Nivel moderado	Mayor investigación
6-8	Nivel substancial	Evaluación intensiva
9-10	Nivel severo	Evaluación intensiva

**Nombre del solicitante o beneficiario** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

DSS 8218 SPANISH (rev. 09/15)

Sección de Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services Section

El Estado de Carolina del Norte no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad en la admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios o actividades, o en el empleo.