



¡soportar
somos un
equipo!

Chequeo, Intervención Breve y Referencia para Tratamiento

Paso 1- ESTABLEZCA RAPPORT (Compenetración)
Asegure confiencialidad y administre valoraciones.

**Paso 2- OBTENGA PENSAMIENTOS-PROVEA
COMENTARIOS**
Expresce los pros y los contras de cambiar, provea educación.

Paso 3- INCREMENTE LA MOTIVACIÓN
Valore la disposición al cambio e incremente la motivación.

Paso 4- NEGOCIE UN PLAN
Resuma la sesión, invíelos a regresar

Cuestionario de prueba de detección de alcohol—(AUDIT)

Debido que ingerir alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Si se siente incómodo al llenar este formulario, hágase saber a su proveedor de atención médica.

Una porción de bebida estándar
equivale a:

12 oz. fl. de cerveza



8-9 oz. fl. de licor de malta
(presentado en un vaso de 1.2 oz.)



5 oz. fl. de vino



1.5 oz. fl. de licor
(por ejemplo, un trago
de whisky)



Lineamientos para la interpretación del DAST-10

Interpretación (cada “sí” de respuesta = 1 punto). Agregue puntos por anotación.

Anotación	Grado de los problemas relacionados al Abuso de drogas	Acción Sugerida
0	No se reporta problema	Estímulo y educación
1-2	Nivel bajo (conducta arriesgada)	Intervención breve; comentarios y consejos
3-5	Nivel moderado (conducta peligrosa)	Tratamiento breve; comentarios y consejería; Posible referencia para valoración especializada
6-10	Nivel substancial	Referencia para tratamiento

Cuestionario de prueba de detección de drogas—DAST-10

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	Sí	No
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	Sí	No
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	Sí	No
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	Sí	No
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	Sí	No
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	Sí	No
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	Sí	No
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	Sí	No
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	Sí	No
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	Sí	No

Cuestionario de prueba de detección de alcohol—(AUDIT)

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	A veces, una vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas porciones de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7, 8, o 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 4 o más porciones de bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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 que ha empezado?	Nunca	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente

0 1 2 3 4

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	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	A veces, una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, el último año	Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, el último año	Sí, el último año

0 1 2 3 4

Lineamientos para calificar el AUDIT

Agregar puntos por cada pregunta para determinar la puntuación final.

Las intervenciones para todas las puntuaciones se anotaron abajo.

I	II	III	IV
0-7	8-15	16-19	20+
Educación	Intervención breve	Tratamiento breve	Referencia a tratamiento