

NOMBRE/ID:

FECHA:

Estamos interesados en conocer tus propias creencias acerca de tus experiencias con el consumo de alcohol. NO nos interesa lo que los otros piensen, ni lo que quieren que pienses.

Indica si alguna vez has tenido alguna de las siguientes experiencias, ya sea durante o entre periodos de consumo de alcohol, leyendo las preguntas y marcando  Sí o No.

	Si	No
A) ¿Inquietud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Nerviosismo o ansiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Irritabilidad, cambios de humor, agitación o agresividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Dificultades para concentrarse o recordar cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alteraciones del sueño (p. ej., dormir demasiado o demasiado poco)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Fatiga o somnolencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Ánimo deprimido, desesperanza o desesperación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Pensamientos suicidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) ¿Dificultad para hablar o habla arrastrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Falta de coordinación, inestabilidad o dificultad para controlar los movimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Temblor, sensación de inestabilidad u otros movimientos anormales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Sudoración excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Deseos intensos de beber alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) ¿Pensamientos persistentes sobre el consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) ¿Aumento de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) ¿Nauseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) ¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) ¿"Black-outs" (es decir, pérdida de memoria de eventos ocurridos durante una noche de consumo de alcohol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) ¿Confusión extrema, escuchar voces o tener alucinaciones visuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U) Otro: _____		

Si has respondido 'No' a TODAS las preguntas anteriores, pasa a la página siguiente.

Si has respondido 'SI' a alguna de las preguntas, indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo en este momento con la siguiente afirmación, rodeando el número que corresponda, teniendo en cuenta tus experiencias).

1) Mis experiencias se deben a mi consumo de alcohol.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente  
en desacuerdo

Moderadamente  
en desacuerdo

Ligeramente  
en desacuerdo

No estoy  
seguro/a

Ligeramente  
de acuerdo

Moderadamente  
de acuerdo

Totalmente  
de acuerdo

Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo en este momento con cada una de las siguientes afirmaciones, rodeando con un círculo el número correspondiente.

2) Tengo un problema con el consumo de alcohol.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

3) NECESITO ayuda por mi consumo de alcohol.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

4) Siempre consumo alcohol de manera responsable.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

5) Puedo continuar de manera segura con mis hábitos actuales de consumo de alcohol.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

6) Mi consumo de alcohol ha producido o puede producir consecuencias negativas en mi vida (p. ej. adicción, salud, trabajo, familia, vida social, problemas financieros o legales).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

7) NECESITO tratamiento para mi consumo de alcohol.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No estoy seguro/a	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

FIN

Nombre/ID:

Fecha:

<b>Categorías de Conciencia</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Puntuación<sup>1</sup></b>
<b>Conciencia de Enfermedad</b>	$\frac{P2\_\_\_ + (10 - P4\_\_\_)}{\div \text{total de número de respuestas}\_\_\_}$	
<b>Atribución de Síntomas</b>	$P1\_\_\_$ Excluir si indicó N/A	
<b>Conciencia de Necesidad de Tratamiento</b>	$\frac{P3\_\_\_ + (10 - P5\_\_\_) + P7\_\_\_}{\div \text{total de número de respuestas}\_\_\_}$	
<b>Conciencia de Consecuencias Negativas</b>	$P6\_\_\_$	
	Subtotal (suma de puntuaciones)	
<b>AAS Puntuación Total Media<sup>2</sup></b>	Subtotal ÷ $\_\_\_$	

<sup>1</sup> La puntuación de cada Categoría de Conciencia debe ser dejada en blanco si no se completó NINGÚN ítem de esa categoría.

<sup>2</sup> El cálculo de la Puntuación Total Media debe ser el Subtotal ÷ 4 o ÷ por el número de Categorías de Conciencia para las que la puntuación fue calculada.