

Anexo 2. Encuesta para determinar los daños que ocasiona el alcoholismo

Edad: ____ Sexo: ____ Ocupación: _____ Nivel escolar: _____ Estado civil: _____

1. ¿Considera usted que su forma de beber está creando dificultades en su salud, su familia, su trabajo o en sus relaciones con los vecinos? Sí ____ No ____
2. ¿Considera usted que tiene dificultades para controlarse cuando bebe? Sí ____ No ____
3. Cuando está más de 2 días sin beber ¿aparecen malestares por falta de bebidas alcohólicas? Sí ____ No ____
4. ¿Se embriaga usted más de 1 vez al mes, o sea más de 12 veces al año? Sí ____ No ____
5. ¿Se ha despertado alguna vez sin recordar lo ocurrido el día anterior? Sí ____ No ____
6. ¿Cree usted que bebe más de la cuenta? Sí ____ No ____
7. ¿Considera usted que debería recibir ayuda médica? Sí ____ No ____
8. ¿Ha pensado alguna vez que debe beber menos? Sí ____ No ____
9. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Sí ____ No ____
10. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? Sí ____ No ____
11. ¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Sí ____ No ____
12. ¿Desde que edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas? _____ años
13. ¿Por qué comenzó a ingerir bebidas alcohólicas?

14. ¿Después de comenzar a ingerir bebidas alcohólicas ha tenido alguna complicación?
Marque con una x la que ha presentado:

____ esofagitis	____ ansiedad
____ gastritis	____ depresión
____ várices esofágicas	____ insomnio
____ pancreatitis	____ temblores
____ úlcera gástrica	____ convulsiones
____ úlcera duodenal	____ hipertensión arterial
____ cáncer del aparato digestivo	____ infarto agudo
____ lesiones sobre el hígado	____ disfunciones sexuales
____ ideas y conductas suicidas	____ accidentes
____ pérdida repetida de trabajo	____ dificultades judiciales
____ pérdida repetida de parejas amorosas	____ retinopatía

Otras _____

15. ¿En caso de tener una complicación qué tiempo transcurrió en aparecer después de haber comenzado a ingerir bebidas alcohólicas?

___ días ___ meses ___ años

16. ¿Ha intentado dejar de ingerir bebidas alcohólicas? Sí _____ No _____
De ser positiva su respuesta, diga por qué.

¿Cuántas veces? _____

17. Marque con una X desde cuándo no ingiere bebidas alcohólicas:

Hace ___ días

Hace ___ semanas

Hace ___ meses

Hace ___ un año o más

18. ¿Considera el alcoholismo una enfermedad? Sí _____ No _____

19. ¿Cuáles son sus hábitos tóxicos?

___ Alcohol ___ Café ___ Cigarro ___ Psicofármacos ___ Otros

20. ¿Ha sido atendido alguna vez en un centro de salud, por ingerir bebidas alcohólicas?

Sí _____ No _____

21. ¿A qué nivel de salud y cómo fue atendido?

___ Consultorio médico

___ Policlínico

___ Centro Comunitario de Salud Mental (Hospital de día)

___ Hospital general

___ Hospital especializado

Debe responder bien, mal o regular, si responde mal o regular diga ¿Por qué?

24. ¿Cree que son discriminadas por la sociedad las personas que ingieren bebidas alcohólicas en exceso? Sí ___ No ___ ¿Por qué?

25. Si usted es una persona que ingiere bebidas alcohólicas, diga cómo se ha sentido con respecto al trato que le ha dado:

Nota: Debe responder bien, mal o regular

_____ La familia

_____ Los vecinos

_____ Los amigos

_____ El médico de la familia

_____ El psiquiatra

Si responde mal o regular diga ¿Por qué?

26. Marque con una X lo que ha significado para usted el grupo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos:

_____ Un gran apoyo.

_____ La guía para seguir.

_____ No ha tenido gran significación.

_____ Una gran familia.

Otras _____
