# OMS - ASSIST V3.0

**ENTREVISTADOR** Annath Trejos **PAÍS** **CLÍNICA**

**Nº PARTICIPANTE** Luz Enith **FECHA** 08/07/25

**INTRODUCCIÓN** ***(Léalo por favor al participante)***

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (3) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | (6) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (2) | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | (6) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| **En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (4) | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| **En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | (0) | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |



***Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)***

## Pregunta 6

| **¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 7

| **¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 8

| | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)* | (0) | 2 | 1 |

**NOTA IMPORTANTE:**
**A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.**

| PATRÓN DE INYECCIÓN | GUÍAS DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| Una vez a la semana o menos *o* Menos de 3 días seguidos | → Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse" |
| Más de una vez a la semana *o* 3 o más días seguidos | → Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo * |

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la **a.** la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|---|---|---|---|---|
| a. tabaco | 28 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b. alcohol | 5 | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c. cannabis | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d. cocaína | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e. anfetaminas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f. inhalantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| g. sedantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h. alucinógenos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i. opiáceos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j. otras drogas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

**NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

**Nombre** Luz Eni **Fecha del Test** 08-07-2025

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

| Sustancia | Puntuación | Nivel de Riesgo |
|---|---|---|
| a. Productos derivados del tabaco | 28 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| b. Bebidas alcohólicas | 5 | 0-10 Bajo<br>11-26 Moderado<br>27+ Alto |
| c. Cannabis | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| d. Cocaína | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| e. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| f. Inhalantes | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| g. Sedantes o Pastillas para dormir | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| h. Alucinógenos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| i. Opiáceos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| j. Otros – especificar | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo**: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado**: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto**: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

# OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Annath Trejos PAÍS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE Adalberto Nieto FECHA 08/07/25

**INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)***

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (3) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | (6) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (2) | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | (6) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| **En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | (0) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| **En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |



***Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)***

## Pregunta 6

| **¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 7

| **¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | (3) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 8

| | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)* | (0) | 2 | 1 |

**NOTA IMPORTANTE:**
**A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.**

| PATRÓN DE INYECCIÓN | GUÍAS DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| Una vez a la semana o menos *o* Menos de 3 días seguidos | → Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse" |
| Más de una vez a la semana *o* 3 o más días seguidos | → Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo * |

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la **a.** la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|---|---|---|---|---|
| a. tabaco | 21 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b. alcohol | 2 | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c. cannabis | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d. cocaína | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e. anfetaminas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f. inhalantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| g. sedantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h. alucinógenos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i. opiáceos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j. otras drogas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

**NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

**Nombre** Adalberto Nieto **Fecha del Test** 08-07-2025

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

| Sustancia | Puntuación | Nivel de Riesgo |
|---|---|---|
| a. Productos derivados del tabaco | 21 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| b. Bebidas alcohólicas | 2 | 0-10 Bajo<br>11-26 Moderado<br>27+ Alto |
| c. Cannabis | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| d. Cocaína | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| e. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| f. Inhalantes | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| g. Sedantes o Pastillas para dormir | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| h. Alucinógenos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| i. Opiáceos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| j. Otros – especificar | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo**: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado**: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto**: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

# OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Annath Trejos PAÍS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE Yolima Hernandez FECHA 08 07 25

**INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)***

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | (0) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |



***Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)***

## Pregunta 6

| **¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 7

| **¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 8

| | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| ¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)* | (0) | 2 | 1 |

**NOTA IMPORTANTE:**
**A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.**

| PATRÓN DE INYECCIÓN | GUÍAS DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| **Una vez a la semana o menos** *o* **Menos de 3 días seguidos** | → **Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"** |
| **Más de una vez a la semana** *o* **3 o más días seguidos** | → **Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *** |

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la **a.** la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|---|---|---|---|---|
| a. tabaco | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b. alcohol | | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c. cannabis | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d. cocaína | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e. anfetaminas | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f. inhalantes | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| g. sedantes | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h. alucinógenos | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i. opiáceos | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j. otras drogas | | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

**NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

**Nombre** Yolima Hernandez **Fecha del Test** 08-07-2025

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

| Sustancia | Puntuación | Nivel de Riesgo |
|---|---|---|
| a. Productos derivados del tabaco | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| b. Bebidas alcohólicas | 0 | 0-10 Bajo<br>11-26 Moderado<br>27+ Alto |
| c. Cannabis | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| d. Cocaína | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| e. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| f. Inhalantes | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| g. Sedantes o Pastillas para dormir | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| h. Alucinógenos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| i. Opiáceos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| j. Otros – especificar | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo**: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado**: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

# OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Annath Trejos PAÍS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE Yudi Yepez FECHA 08 07 25

## INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)*

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | (0) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| **¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| **En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| **En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| **En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Cada mes** | **Cada semana** | **A diario o casi a diario** |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

***Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)***

## Pregunta 6

| ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 7

| ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado? | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 8

| | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| ¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)* | 0 | 2 | 1 |

**NOTA IMPORTANTE:**
**A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.**

| PATRÓN DE INYECCIÓN | GUÍAS DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| **Una vez a la semana o menos** *o* **Menos de 3 días seguidos** | → **Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"** |
| **Más de una vez a la semana** *o* **3 o más días seguidos** | → **Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *** |

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la **a.** la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|---|---|---|---|---|
| a. tabaco | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b. alcohol | ○ | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c. cannabis | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d. cocaína | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e. anfetaminas | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f. inhalantes | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| g. sedantes | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h. alucinógenos | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i. opiáceos | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j. otras drogas | ○ | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

**NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

**Nombre** Yudi Yepez **Fecha del Test** 08-07-2025

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

| Sustancia | Puntuación | Nivel de Riesgo |
|---|---|---|
| a. Productos derivados del tabaco | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| b. Bebidas alcohólicas | 0 | 0-10 Bajo<br>11-26 Moderado<br>27+ Alto |
| c. Cannabis | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| d. Cocaína | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| e. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| f. Inhalantes | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| g. Sedantes o Pastillas para dormir | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| h. Alucinógenos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| i. Opiáceos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| j. Otros – especificar | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo**: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado**: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

# OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Annath Trejos PAÍS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE Halan Pinto Valdez FECHA 08/07/25

**INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)***

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (3) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | (4) | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 2 | (3) | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | (6) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | (0) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | (0) | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |



***Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)***

## Pregunta 6

| **¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 7

| **¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado?** | **No, Nunca** | **Si, en los últimos 3 meses** | **Si, pero no en los últimos 3 meses** |
|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (6) | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 6 | 3 |

## Pregunta 8

| | No, Nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|---|---|---|---|
| ¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)* | (0) | 2 | 1 |

**NOTA IMPORTANTE:**
**A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.**

| PATRÓN DE INYECCIÓN | GUÍAS DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| **Una vez a la semana o menos** *o* **Menos de 3 días seguidos** | → **Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"** |
| **Más de una vez a la semana** *o* **3 o más días seguidos** | → **Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *** |

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la **a.** la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|---|---|---|---|---|
| a. tabaco | 22 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b. alcohol | 18 | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c. cannabis | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d. cocaína | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e. anfetaminas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f. inhalantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| g. sedantes | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h. alucinógenos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i. opiáceos | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j. otras drogas | 0 | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

**NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

**Nombre** Halan Pinto Valdez **Fecha del Test** 08-07-2025

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

| Sustancia | Puntuación | Nivel de Riesgo |
|---|---|---|
| a. Productos derivados del tabaco | 22 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| b. Bebidas alcohólicas | 18 | 0-10 Bajo<br>11-26 Moderado<br>27+ Alto |
| c. Cannabis | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| d. Cocaína | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| e. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| f. Inhalantes | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| g. Sedantes o Pastillas para dormir | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| h. Alucinógenos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| i. Opiáceos | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |
| j. Otros – especificar | 0 | 0-3 Bajo<br>4-26 Moderado<br>27+ Alto |

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo**: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado**: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto**: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

# OMS - ASSIST V3.0

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ENTREVISTADOR** | Annath Trejos | **PAÍS** | | **CLÍNICA** | |
| **Nº PARTICIPANTE** | Luis Pinto | **FECHA** | 08/07/25 | | |

**INTRODUCCIÓN** ***(Léalo por favor al participante)***

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

***NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES***

## Pregunta 1

***(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)***

| **A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*** | **No** | **Si** |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | (3) |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | (3) |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | (0) | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | (0) | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | (0) | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | (0) | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | (0) | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | (0) | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | (0) | 3 |
| j. Otros - especifique: | (0) | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:**
**"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***



## Pregunta 2

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | (0) | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | (0) | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

## Pregunta 3

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |



## Pregunta 4

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Pregunta 5

| En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco | | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |