OMS - ASSIST V3. 0

ENTREVISTADOR ESTEFANIA OSPINA TREJOS **PAÍS** Colombia **CLÍNICA**

No. CONSULTANTE SATIAGO LONDOÑO RESTREPO **FECHA: 17/02/2026**

INTRODUCCIÓN *(Léala al consultante o paciente)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a 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, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (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 medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas 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 en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*	**NO = 0**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	

d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X
j. Otras -	

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine 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

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* ?	**Nunca = 0**	**1 ó 2 veces = 2**	**Cada mes = 3**	**Cada semana = 4**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		X		
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		X		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X			

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X			
j. Otras - especifique:				

Si respondió "Nunca" a todos los ítems 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 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	**Nunca = 0**	**1 ó 2 veces = 3**	**Cada mes = 4**	**Cada semana = 5**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		X		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X			

f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X			
j. Otras - especifique:				

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 = 0**	**1 ó 2 veces =4**	**Cada mes = 5**	**Cada semana = 6**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X			
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X			

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X			
j. Otras - especifique:				

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 = 0**	**1 ó 2 veces = 5**	**Cada mes = 6**	**Cada semana = 7**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		X		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X			

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X			
j. Otras - especifique:				

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez	**No. Nunca = 0**	**Si, en los ultimos tres**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		X
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		X
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		X
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	

j. Otras - especifique:		

Pregunta 7

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

Pregunta 8

	No. Nunca = 0	**Si, en los ultimos tres**
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	X	

NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o 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 LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.
No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.
Por ejemplo, la puntuación para 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 PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación	Sin intervención	Intervención Berve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	6	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	8	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	22	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 UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

Tarjeta de respuestas - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, idal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)
j. Otras - especifique:

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.
Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.
Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.
Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.
Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca
Si, pero no en los últimos 3 meses
Si, en los últimos 3 meses

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

Nombre _____ **Fecha del Test**

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco	6	0-3 Bajo
		4-26 Moderado
		27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas	8	0-10 Bajo
		11-26 Moderado
		27+ Alto
c. Cannabis	22	0-3 Bajo
		4-26 Moderado

		27+ Alto
d. Cocaína	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otras – especificar	0	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo:	Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.
Moderado:	Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.
Alto:	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:…	**MODERADO**
El consumo habitual de tabaco se asocia con:		
Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel		
Infecciones respiratorias y asma		
Aumento de la presión arterial, diabetes		
Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores		
Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores		
Enfermedades renales		
Enfermedad respiratoria obstructiva crónica		
Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares		
Cánceres		
b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:…	**MODERADO**
El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:		
Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones		
Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro		
Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales Dificultad para recordar y solucionar problemas		
Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico Enfermedad hepática, enfermedad pancreática		
Cánceres, suicidio		
c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:…	**MODERADO**
El consumo habitual de cannabis se asocia con:		
Problemas de atención y motivación		
Ansiedad, paranoia, pánico, depresión		
Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas		
Aumento de la presión arterial		
Asma, bronquitis		
Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica		
Cánceres		

d. Cocaína Su riesgo de experimentar estos daños es:… **BAJO**

El consumo habitual de cocaína se asocia con:

Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel

Accidentes y lesiones, problemas económicos
Pensamientos irracionales
Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
Agresividad y paranoia
Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
Psicosis por consumo repetido de dosis altas
Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico Su riesgo de experimentar estos daños es:… **BAJO**

El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:

Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea Agresividad y conducta violenta

Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
Daño cerebral permanente
Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes Su riesgo de experimentar estos daños es:… **BAJO**

El consumo habitual de inhalantes se asocia con:

Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales Indigestión, úlceras estomacales

Accidentes y lesiones
Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
Muerte por fallo cardiaco

g. Sedantes Su riesgo de experimentar estos daños es:… **BAJO**

El consumo habitual de sedantes se asocia con:

Sedación, mareo y confusión
Dificultad para concentrarse y recordar cosas Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar Problemas de sueño

Ansiedad y depresión

Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo Síntomas severos de abstinencia Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opíáceos u otras drogas depresoras		
h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:…	**BAJO**
El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con: Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias Dificultades para dormir Náuseas y vómitos Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial Cambios de humor Ansiedad, pánico, paranoia *Flash-backs* Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia		
i. opíáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es:…	**BAJO**
El consumo habitual de opiáceos se asocia con: Escozor, náusea y vómitos Mareos Estreñimiento, deterioro de los dientes Dificultad para concentrarse y recordar cosas Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual Dificultades de pareja Problemas económicos y laborales, delincuencia Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia Sobredosis y muerte por depresión respiratoria		

OMS-ASSIST
Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse
Información para CONSULTANTES O pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias

El daño puede provenir de:

La sustancia

Ø Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
Ø Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
Ø Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

La conducta de inyectarse

Ø Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
Ø Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
Ø Sus venas pueden colapsar.
Ø Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

Compartir material de inyección

Ø Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones vírales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

v Es más seguro no inyectarse

v **Si se inyecta:**

ü use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
ü use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
ü no comparta el material con otras personas
ü limpie el área de preparación
ü lávese las manos
ü limpie la piel en el punto de inyección
ü utilice un punto de inyección distinto cada vez
ü inyéctese lentamente
ü ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

v **Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**

ü evite inyectarse y fumar
ü evite consumir a diario

v **Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**

ü evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
ü consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
ü tenga a alguien cerca cuando consume
ü evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
ü tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia



