Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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	GUIAS 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 ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C U | CLÍNICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1118774735 | FECHA: 0 9 0 9 2 5

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 via inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0–3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fiorillo | PAIS: C O | CLINICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1025540922 | FECHA: 0 9 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	✓	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	✓	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	✓	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	✓	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	✓	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	✓	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	✓	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	✓	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	✓	3
j. Otras - especifique:	✓	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	0	0	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	0	0	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: CO | CLÍNICA: Bel salud

No. CONSULTANTE: TI: 1118775057 | FECHA: 09 09 25

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	✓	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	✓	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	✓	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	✓	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	✓	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	✓	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	✓	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	✓	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	✓	3
j. Otras - especifique:	✓	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0-3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fonseca | PAIS: C O | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: TI: 1116664430 | FECHA: 0 9 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	1	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	1	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	1	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	1	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	1	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Ortical/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	1	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	1	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	3
j. Otras - especifique:	1	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0–3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 102999016 | FECHA: 0 9 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	2	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	2	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	2	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	2	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	2	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	2	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	2	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	2	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	2	3
j. Otras - especifique:	2	3

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

Si contesto "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contesto "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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0–3	4 – 26	27+
b. Alcohol	6	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fronds | PAIS: C O | CLINICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1118775079 | FECHA: 0 9 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	1	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	1	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	1	3
d. Cocaina (coca, basuco, crack, paco, etc.)	1	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	1	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	1	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	1	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	3
j. Otras - especifique:	1	3

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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Red Salud

Nº. CONSULTANTE: Ti: 1116664518 | FECHA: 0 7 0 7 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	✓	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	✓	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	✓	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	✓	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	✓	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	✓	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	✓	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	✓	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	✓	3
j. Otras - especifique:	✓	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1117323813 | FECHA: 0 8 0 9 2 5

INTRODUCCION ***(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilene/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipriol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1029653217 | FECHA: 0 8 0 9 2 F

INTRODUCCION ***(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína	6	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

ENTREVISTADOR: Johanes Franks | PAIS: C O | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: FI: 11187735157 | FECHA: 0 8 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipriol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fonseca | PAÍS: CO | CLÍNICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1116664435 | FECHA: 08/09/25

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, ¿cuál 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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaina (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaina (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilicantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 PS 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 para cada sustancia	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C U | CLÍNICA: Bel salud

No. CONSULTANTE: Ti: 1116664679 | FECHA: 0 8 0 7 2 5

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	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, hierba, hashish, etc.)	~~0~~	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	~~0~~	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	~~0~~	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	~~0~~	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	~~0~~	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	~~0~~	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	~~0~~	3
j. Otras - especifique:	~~0~~	3

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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0–3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1029651929 | FECHA: 0 3 0 9 2 5

INTRODUCCION ***(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contestó "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos items, 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 ~~3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Bol Salud

No. CONSULTANTE: TI: 1029614597 | FECHA: 0 3 0 9 2 5

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, comparar 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	6	3
j. Otras - especifique:	6	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	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 UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puedan 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Rd salud

No. CONSULTANTE: TI: 1118774636 | FECHA: 0 3 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Red salud

No. CONSULTANTE: TI: 1116664657 | FECHA: 0 3 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0~~–3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: T1: 1098104395 | FECHA: 0 3 0 9 2 5

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Rol salud

No. CONSULTANTE: T.: 111854721-2 | FECHA: 0 2 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johan Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Rd salud

No. CONSULTANTE: T.: 1029653014 | FECHA: 0 2 0 9 2 5

INTRODUCCION ***(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki/mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: C O | CLÍNICA: Pal Solid

No. CONSULTANTE: Ti: 1118550091 | FECHA: 0 2 0 9 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Ortidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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	0-5	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118549603 | FECHA: 24/09/25

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, ¿cuál 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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 ~~2~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johanna Fuentes | PAÍS: CO | CLÍNICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118774689 | FECHA: 29/09/25

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 + P5a + P7a**

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

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0 – 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~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 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

ENTREVISTADOR: Johan Fuentes | PAIS: CO | CLÍNICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 3116644512 | FECHA: 31/02/25

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmunazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki/mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki/mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 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 ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Ichana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1116663139232 | FECHA: 06/10/25

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR 1062916734 PAIS C 6 CLINICA Red Salud

No. CONSULTANTE Diana Fuentes FECHA 7 3 1 0 2 5

INTRODUCCION ***(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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki'mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki'mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0 – 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~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 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.

TAMIZAJE SRQ

No Identificación 1118795615 Edad 31 No de Contacto 310 3597467 Municipio: San Luis de Palenque.

Cuestionario de síntomas SRQ			
	Pregunta	Si	No
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
25	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (SI) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta SI, se debe hacer evaluación especializada.

TAMIZAJE SRQ

No Identificación 1118775715 Edad 30 No de Contacto 3102412060 Municipio: San Luis de Palenque.

Cuestionario de síntomas SRQ			
	Pregunta	Si	No
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	✓	
2	¿Tiene mal apetito?	✓	
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?	✓	
5	¿Sufre de temblor de manos?		✓
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		✓
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
8	¿No puede pensar con claridad?		✓
9	¿Se siente triste?		✓
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		✓
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		✓
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Sufre usted con su trabajo?		✓
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		✓
20	¿Se cansa con facilidad?		✓
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		✓
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		✓
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		✓
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		✓
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		✓

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (SÍ) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta SÍ, se debe hacer evaluación especializada.

TAMIZAJE SRQ

No Identificación 1047420215 Edad 41 No de Contacto 3108942719 Municipio: San Luis de Palenque.

Cuestionario de síntomas SRQ

	Pregunta	Si	No
1.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2.	¿Tiene mal apetito?		X
3.	¿Duerme mal?		X
4.	¿Se asusta con facilidad?	X	
5.	¿Sufre de temblor de manos?		X
6.	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7.	¿Sufre de mala digestión?		X
8.	¿No puede pensar con claridad?		X
9.	¿Se siente triste?	X	
10.	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16.	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19.	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20.	¿Se cansa con facilidad?		X
21.	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22.	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídos al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30.	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

TAMIZAJE SRQ

No Identificación 748 65552 Edad 43 No de Contacto 3204972760 Municipio: San Luis de Palenque.

Cuestionario de síntomas SRQ			
	Pregunta	Si	No
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	✓	
2	¿Tiene mal apetito?		✓
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?		✓
5	¿Sufre de temblor de manos?		✓
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		✓
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
8	¿No puede pensar con claridad?		✓
9	¿Se siente triste?		✓
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		✓
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		✓
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Sufre usted con su trabajo?)		✓
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	✓	
20	¿Se cansa con facilidad?	✓	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		✓
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		✓
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		✓
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo lo estudio, a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		✓

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (SI) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta SI, se debe hacer evaluación especializada.

TAMIZAJE SRQ

No Identificación 1029155839 Edad 32 No de Contacto 3123229994 Municipio: San Luis de Palenque.

Cuestionario de síntomas SRQ			
	Pregunta	Si	No
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídos al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo lo estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (SI) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta SI, se debe hacer evaluación especializada.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: Yoshin Patricia Giler Lombana /cc 1118774703

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Aspecto	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.				X	
2. Me satisface la participación que mi familia brinda.					X
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.				X	
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.				X	
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					X

Análisis:
Se identifica que la Sra. Yoshin mantiene buen funcionamiento familiar, dado que tiene voz y voto en las decisiones familiares, comparten de manera "adecuada" los espacios, dinero y tiempo dentro de su hogar. y porque es auxiliada, comprendida ante sus dificultades.

Puntaje Total: 17

FUNCION	PUNTAJE
Buen funcionamiento familiar.	17~~20~~
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	< = 9

NOMBRE DEL PROFESIONAL CONTRATADO: Johana Fuentes S.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: Sra Alicia Achagua Bastero /a 1118533745

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Aspecto	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					X
2. Me satisface la participación que mi familia brinda.					X
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			X		
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.				X	
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					X

Analisis:
Se comprende que la Sra Dota cuenta con buen funcionamiento familiar puesto que siempre es auxiliada en sus quehaceres, necesidades; cuenta con voz y voto en las decisiones familiares, y comparte de manera satisfactoria los espacios, dinero y tiempo familiar.

Puntaje Total: 17

FUNCION	PUNTAJE
Buen funcionamiento familiar.	17-20
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	< = 9

NOMBRE DEL PROFESIONAL CONTRATADO: Johana Fuentes S.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: Lina Julitza Jimenez Zambrano /cc 1118776088

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Aspecto	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.				X	
2. Me satisface la participación que mi familia brinda.					X
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.				X	
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.				X	
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					X

Análisis:
Se observo que la Sra Lina mantiene buen Funcionamiento Familiar debido a que siempre tiene voz y voto dentro de las decisiones familiares, comparte de manera satisfactoria el tiempo, dinero y espacios de su hogar.

Puntaje Total: 17

FUNCION	PUNTAJE
Buen funcionamiento familiar.	~~17-20~~
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	< - 9

NOMBRE DEL PROFESIONAL CONTRATADO: Johana Fuentes

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: Dila Mayren Jimenez Castañeda /cc 1118774585

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Aspecto	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					X
2. Me satisface la participación que mi familia brinda.					X
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					X
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			X		
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.				X	

Análisis:
Se percibe que la Sra Dila cuenta con buen funcionamiento familiar ya que su familia le brinda ayuda ante sus problemas, necesidades; le otorgan voz y voto dentro de las decisiones familiares. Aceptan y apoyan sus deseos de emprender nuevas cosas.

Puntaje Total: 17

FUNCION	PUNTAJE
Buen funcionamiento familiar.	17-20
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	< = 9

NOMBRE DEL PROFESIONAL CONTRATADO: Johana Fuentes.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: Deissy Johana Ruiz Ruiz. /c 33647133

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Aspecto	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema y/o necesidad.					X
2. Me satisface la participación que mi familia brinda.				X	
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			X		
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					X
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					X

Análisis:
De acuerdo a la puntuación obtenida se percibe que la Sra. Deissy posee buen funcionamiento familiar puesto que su familia le ayuda ante sus dificultades, responde y expresa afecto, y comparten de manera adecuada los espacios, dinero y tiempo en familia.

Puntaje Total: 17

FUNCION	PUNTAJE
Buen funcionamiento familiar.	~~17-20~~
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	< = 9

NOMBRE DEL PROFESIONAL CONTRATADO: Johana Fuentes

ALCALDÍA DE SAN LUIS DE PALENQUE	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 0122 DE 02 DE MAYO DE 2025, SUSCRITO ENTRE LA ALCALDÍA DE SAN LUIS DE PALENQUE Y "RED SALUD CASANARE E.S.E.".** **OBJETO: "REALIZAR ACTIVIDADES PARA LA GESTION DEL RIESGO COLECTIVO Y LA PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE LAS ACCIONES EN LOS DIFERENTES ENTORNOS MEDIANTE EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS DE PALENQUE CASANARE".**	RedSalud NIT.844.004197-2

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (AUDIT)

NOMBRE Julio Cesar Paternina Garcia.

IDENTIFICACIÓN 74801068 EDAD 47 MUNICIPIO San Luis de Palenque.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes X	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 X 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido temor- dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

SI SU PUNTUACION TOTAL ES:

0 – 7 puntos: Riesgo bajo	8 – 15 puntos: Riesgo medio
16 – 19 puntos: Riesgo alto	20 – 40 puntos: probable adicción

ALCALDIA DE SAN LUIS DE PALENQUE	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 0122 DE 02 DE MAYO DE 2025, SUSCRITO ENTRE LA ALCALDÍA DE SAN LUIS DE PALENQUE Y "RED SALUD CASANARE E.S.E.". OBJETO: "REALIZAR ACTIVIDADES PARA LA GESTION DEL RIESGO COLECTIVO Y LA PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE LAS ACCIONES EN LOS DIFERENTES ENTORNOS MEDIANTE EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS DE PALENQUE CASANARE".	RedSalud Casanare E.S.E. NIT.844.004197-2

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (AUDIT)

NOMBRE Veronica Contreras Rincón

IDENTIFICACION 1029648078 EDAD 18 MUNICIPIO San Luis de Palenque.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes X	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 a 2 X	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remor- dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total 01

SI SU PUNTUACION TOTAL ES:

0 – 7 puntos: Riesgo bajo X	8 – 15 puntos: Riesgo medio
16 – 19 puntos: Riesgo alto	20 – 40 puntos: probable adicción

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (AUDIT)

NOMBRE Betzaida Hernandez Rincón

IDENTIFICACIÓN 1118569754 EDAD 28 MUNICIPIO San Luis de P.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes X	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2 X	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido temor- dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total 01

SI SU PUNTUACION TOTAL ES:

0 – 7 puntos: Riesgo bajo	8 – 15 puntos: Riesgo medio
16 – 19 puntos: Riesgo alto	20 – 40 puntos: probable adicción

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (AUDIT)

NOMBRE Luis Julieta Ortiz Achagua

IDENTIFICACIÓN 1006567894 EDAD 26 MUNICIPIO San Luis de Palenque.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido temor- dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total 01

SI SU PUNTUACION TOTAL ES:

0 – 7 puntos: Riesgo bajo	8 – 15 puntos: Riesgo medio
16 – 19 puntos: Riesgo alto	20 – 40 puntos: probable adicción

ALCALDÍA DE SAN LUIS DE PALENQUE	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 0122 DE 02 DE MAYO DE 2025, SUSCRITO ENTRE LA ALCALDÍA DE SAN LUIS DE PALENQUE Y "RED SALUD CASANARE E.S.E.".** **OBJETO: "REALIZAR ACTIVIDADES PARA LA GESTION DEL RIESGO COLECTIVO Y LA PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE LAS ACCIONES EN LOS DIFERENTES ENTORNOS MEDIANTE EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS DE PALENQUE CASANARE".**	RedSalud NIT.844.004197-2

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (AUDIT)

NOMBRE Dano Ofir Holguin Luna

IDENTIFICACIÓN 1116776385 EDAD 27 MUNICIPIO San Luis de Palenque.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al día X	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2 X	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido temor- dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca X	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No X		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total 1 punto.

SI SU PUNTUACION TOTAL ES:

0 – 7 puntos: Riesgo bajo	8 – 15 puntos: Riesgo medio
16 – 19 puntos: Riesgo alto	20 – 40 puntos: probable adicción

SÍNTOMAS PSIQUIATRICOS PARA NIÑOS (RQC)

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

MUNICIPIO: San Luis de Palenque
Nombre de la persona que responde la encuesta: Maidy Yelitza Valencia Montañez.
Parentesco con el niño: Madre.
Responsable del niño (Parentesco):
Nombre del responsable del niño:

DATOS SOBRE EL NIÑO:

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta: Martina Rodriguez Valencia.
Documento de identidad del niño: 1051075194
Edad: 9 años
Sexo: Femenino
Aún va al colegio: SI X NO____ Fue al colegio hasta la edad de_____ años

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		X
2. ¿El niño duerme mal?		X
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		X
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		X
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		X
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		X
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		X
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		X
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		X

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: 1/9/2025
Nombre agente de salud mental: Johana Fuentes S.
TP N°: 195925
Cargo/ocupación: psicólogo PIC 2025.

SÍNTOMAS PSIQUIATRICOS PARA NIÑOS (RQC)

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

MUNICIPIO: San Luis de Palenque
Nombre de la persona que responde la encuesta: Leidy Johana Gutierrez.
Parentesco con el niño: Madre
Responsable del niño (Parentesco):
Nombre del responsable del niño:

DATOS SOBRE EL NIÑO:

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta: Jorith Sebastian Gonzalez Gutierrez.
Documento de identidad del niño: 1118776 766
Edad: 9 años
Sexo: Masculino
Aún va al colegio: SI____ NO____ Fue al colegio hasta la edad de_____ años.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		X
2. ¿El niño duerme mal?		X
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		X
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		X
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		X
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		X
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		X
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		X
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		X

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: 23/9/2025
Nombre agente de salud mental: Johana Fuentes Sotaben
TP N°: 195925
Cargo/ocupación: Psicóloga PIC 2025.

SÍNTOMAS PSIQUIATRICOS PARA NIÑOS (RQC)

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

MUNICIPIO: San Luis de Palenque
Nombre de la persona que responde la encuesta: Nelly Zoraida Achagua Ortiz.
Parentesco con el niño: Madre.
Responsable del niño (Parentesco):
Nombre del responsable del niño:

DATOS SOBRE EL NIÑO:

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta: Juan David Perez Achagua
Documento de identidad del niño: 1118575125
Edad: 9 años
Sexo: Masculino
Aún va al colegio: SI X NO____ Fue al colegio hasta la edad de____ años.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		/
2. ¿El niño duerme mal?		/
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		/
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		/
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		/
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		/
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		/
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		/
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		/
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		/

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: 1/9/2025
Nombre agente de salud mental: Johana Fuentes S.
TP N°: 795925
Cargo/ocupación: psicologa PIC 2025

SÍNTOMAS PSIQUIATRICOS PARA NIÑOS (RQC)

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

MUNICIPIO: San Luis de Palenque
Nombre de la persona que responde la encuesta: Jegny Maldonado Gonzalez.
Parentesco con el niño: Madre
Responsable del niño (Parentesco):
Nombre del responsable del niño:

DATOS SOBRE EL NIÑO:

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta: Shaw Lucia Duarte Maldonado.
Documento de identidad del niño: 1118 776 640
Edad: 9 años
Sexo: Femenino
Aún va al colegio: SI X NO____ Fue al colegio hasta la edad de_____ años.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		X
2. ¿El niño duerme mal?		X
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		X
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		X
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		X
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		X
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		X
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		X
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		X

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: 4/09/2025
Nombre agente de salud mental: Jehono Fuentes S.
TP N°: 145925
Cargo/ocupación: Psicólogo PIC 2025

SÍNTOMAS PSIQUIATRICOS PARA NIÑOS (RQC)

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

MUNICIPIO: San Luis de Palenque
Nombre de la persona que responde la encuesta: Adelia Rosa Rodriguez.
Parentesco con el niño: madre
Responsable del niño (Parentesco):
Nombre del responsable del niño:

DATOS SOBRE EL NIÑO:

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta: Maily Sofia Portilla Rodriguez.
Documento de identidad del niño: 1119776041
Edad: 9 años
Sexo: Femenino
Aún va al colegio: SI____ NO____ Fue al colegio hasta la edad de_____ años.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		X
2. ¿El niño duerme mal?		X
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		X
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		X
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		X
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		X
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		X
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		X
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		X

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: 23/9/2025
Nombre agente de salud mental: Johana Fuentes Bohorquez
TP N°: 195925
Cargo/ocupación: Psicologa PIC 2025.

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 0122 DE 02 DE MAYO 2025
ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN LUIS DE PALENQUE Y RED SALUD CASANARE

N	Número Documento de Identidad	Enfoque de género			GRUPOS ETAREOS							Prueba aplicada	Resultado de la prueba	OBJETIVOS	ESTRATEGIA Y ACTIVIDAD
		F	M	LGBTI	Primera infancia (0 a 4 años)	Infancia (5 a 11 años)	Adolescencia (12 a 17 años)	Juventud (18 a 28 años)	Adulto (29 a 59 años)	Adulto mayor (60 años o más)					
1.	1116549408	X					x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Participar en actividades deportivas, recreativas o artísticas que promuevan estilos de vida saludables y reduzcan la exposición a riesgos Practicar habilidades de rechazo asertivo frente a la oferta o presión social relacionada con sustancias psicoactivas. 3. Elaborar un plan personal de bienestar que incluya metas emocionales, académicas y sociales.
2	1051366808		X				x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Participar en un taller de liderazgo juvenil. asertivas. Crear una lista de actividades saludables para realizar los fines de semana.
3	1028046982		X				x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Unirse a un club deportivo escolar. Practicar habilidades de rechazo con un adulto de confianza. Realizar comidas ecológicas con compañeros.
4	1116569239	X					x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Realizar acciones de autocuidado. Crear un diario emocional semanal. Planear una actividad recreativa libre de sustancias.
5	1094782751	X					x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Diseñar metas personales para fortalecer el bienestar Participar en actividades artísticas para reducir estrés.
6	1029005000		X				x					ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Identificar adultos de confianza para apoyo. Participar en un proyecto ambiental. Organizar un picnic grupal sin sustancias.

7	1.029.647.156	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Fortalecer factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas mediante el acompañamiento familiar, social y comunitario
8	1029652169	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
9	1118774738	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
10	1.025.540.522	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
11	1118775258		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
12	1116884430		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
13	1020990016		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
14	1118775079	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	
15	1116964518	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	

Asistir a un club de lectura.
Crear una campaña en redes sociales sobre prevención.
Practicar técnicas de relajación guiada.
Unirse a un grupo ambiental escolar.
Desarrollar habilidades sociales mediante juegos cooperativos.
Elaborar un diario emocional semanal.
Diseñar un mural sobre hábitos saludables
Participar en actividades culturales locales.
Conversar con los padres sobre decisiones personales.
Aprender sobre alimentación equilibrada.
Crear Actividades familiares
Hacer respiración consciente en momentos de estrés.
Conversar con pares sobre decisiones responsables.
Practicar ejercicios de respiración consciente.
Realizar deporte en equipo una vez por semana.
Unirse a un grupo de tutorías entre pares.
Asistir a un evento cultural comunitario.
Crear una playlist motivadora para ejercicio Físico.
Escribir una carta a su yo futuro sobre metas personales.
Colaborar en un huerto escolar o comunitario.
Aprender primeros auxilios básicos.
Practicar meditación guiada 5 minutos diarios.
Crear ilustraciones preventivas para la biblioteca.
Participar en un torneo escolar.
Formar parte de un club de ciencia o tecnología.
Hacer caminatas sensoriales con un grupo juvenil.
Compartir con amigos historias de decisiones saludables.

16	1117323813		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Elaborar una historieta sobre hábitos sanos.
17	1029653217		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Compartir en familia una meta saludable mensual.
18	1118775158	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Participar en una obra de teatro escolar.
19	1118884435		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Asistir a una conferencia de bienestar juvenil.
20	1118664679		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Crear un grupo de estudio colaborativo.
21	1029661829	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Realizar ejercicios de respiración al levantarse.
22	1029664547	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Diseña tarjetas motivacionales para compañeros.
23	1118774836		X				x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Practicar gratitud diaria anotando 3 cosas buenas.
24	1118664657	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Colaborar en actividades de limpieza comunitaria.
25	1088104366	X					x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Investigar sobre líderes positivos locales.
26	1118547212	X					x						Desarrollar un proyecto personal a largo plazo.
													Organizar una actividad de tejido grupal.
													Crear metas deportivas a corto plazo.
													Realizar pausas activas diarias.
													Desarrollar habilidades para resolver conflictos.
													Crear un mapa de sueños personales.
													Escuchar testimonios positivos en comunidad.
													Practicar habilidades de resolución de conflictos.
													Hacer un reto de ejercicio físico con amigos.
													Participar en un taller de expresión artística.
													Investigar sobre riesgos del vapeo y exponerlos.
													Unirse a una actividad cultural escolar.
													Aprender técnicas de comunicación asertiva.
													identificar estrategias de regulación emocional.
													Planear metas a corto y mediano plazo con apoyo familiar.
													Rutinas de descanso
													activar redes de apoyo
													Dibujar un cómic preventivo.
													Practicar visualización positiva de metas.
													Participar en una actividad al aire libre comunitaria.
													Crear una carta a un compañero apoyándolo.
													Asistir a una charla sobre presión de grupo.

27	1029653018	X						x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo	Fortalecer la salud mental mediante apoyo familiar y comunitario.	Practicar deporte al aire libre.
															Diseñar un plan de hábitos saludables.
28	1118550081	X						x							Aprender formas de evitar situaciones de riesgo.
															Hacer una lista de personas de apoyo confiable.
															Participar en un torneo de juegos.
															Grabar un podcast corto sobre prevención.
29	1118549883	X						x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Diseñar un proyecto de vida básico.
															Participar en actividades solidarias.
															Desarrollar habilidades para resolver problemas cotidianos.
30	1118774667	X						x				ASSIST	Nivel de riesgo Bajo		Identificar logros personales como elementos protectores.
															Crear una rutina nocturna saludable.
															Conversar sobre metas de vida con un adulto.
31	1.118.775.615	X								x		SRQ	Nivel de riesgo Bajo		Practicar ejercicios de respiración profunda.
															Escribir emociones difíciles en un cuaderno.
															Realizar caminatas cortas para reducir tensión.
32	1.118.775.715	X								x		SRQ	Nivel de riesgo Bajo		Identificar situaciones que generan estrés.
															Realizar pausas activas cada 2 horas.
															Escuchar música relajante diariamente.
33	47.432.215	X								x		SRQ	Nivel de riesgo Bajo		Practicar escucha activa en una reunión familiar.
															Establecer una rutina de descanso adecuada.
															Crear una lista de actividades que generan calma.
34	74.865.552	X								x		SRQ	Nivel de riesgo Bajo		Utilizar técnicas de relajación muscular progresiva.
															Conversar con un adulto sobre sus preocupaciones.
															Realizar ejercicios suaves en casa.
35	1.029.155.839	X								x		SRQ	Nivel de riesgo Bajo		Identificar pensamientos negativos y
															Crear un espacio personal para relajarme.
															Dedicar 15 min diarios a leer algo motivador.

36	1118774703	X								X		APGAR FAMILIAR	Disfunción familiar leve	Fortalecer la comunicación, la cooperación y el sentido de pertenencia dentro de la familia.	Realizar una comida familiar semanal.
															Practicar turnos de diálogo respetuoso.
															Distribuir responsabilidades equitativamente.
37	1118533145	X								X		APGAR FAMILIAR	Disfunción familiar leve		Implementar una caja de logros familiares.
															Crear normas para la convivencia diaria.
															Realizar caminatas familiares los fines de semana.
38	1118776066	X								X		APGAR FAMILIAR	Buen funcionamiento familiar		Preparar juntos una receta favorita de la familia.
															Crear un álbum de fotos familiar con recuerdos felices.
															Hacer una noche de juegos de mesa.
39	1118774858	X								X		APGAR FAMILIAR	Buen funcionamiento familiar		Participar en una actividad de voluntariado en familia.
															Practicar escucha activa en una reunión familiar.
															Establecer roles para tareas domésticas equitativas.
40	32647133	X								X		APGAR FAMILIAR	Buen funcionamiento familiar		Establecer un día sin dispositivos en familia.
															Preparar actividades creativas juntos.
															Crear un mural de objetivos familiares.
41	74601068		X						X			AUDIT	Nivel de riesgo Bajo	Favorecer el consumo responsable de alcohol mediante la familia, pares y comunidad.	Asistir a una charla sobre consumo responsable.
															Crear una lista de metas de autocuidado.
															Crear un consumo responsable con amigos.
42	1029648078	X							X			AUDIT	Nivel de riesgo Bajo		Conversar con un mentor sobre límites personales.
															Escribir reflexiones sobre experiencias previas.
															Practicar cierre grupal.
43	1118568754	X							X			AUDIT	Nivel de riesgo Bajo		Aprender una nueva actividad recreativa (baile, pintura).
															Identificar redes de apoyo para momentos de presión.
															Organizar un evento deportivo entre amigos.
44	1039561884	X							X			AUDIT	Nivel de riesgo Bajo		Hacer un plan de ahorro para actividades saludables.
															Participar en un taller de habilidades sociales.
															Practicar ejercicios de relajación semanalmente.

45	1118776385	X							X			AUDIT	Nivel de riesgo Bajo		Realizar caminatas semanales al aire libre. Asistir a un evento comunitario sin alcohol. Practicar escritura reflexiva sobre hábitos saludables.
46	1051075194	X				X						RQC	Nivel de riesgo Bajo	Promover el desarrollo integral del niño/a y fortalecer las pautas de crianza positiva como factores protectores.	frustración. Hacer actividades de imitación emocional. Crear rutinas diarias con un adulto de confianza.
47	1118776166	X				X						RQC	Nivel de riesgo Bajo		Jugar a roles para practicar empatía. Hacer manualidades con un familiar. Participar en actividad grupal en clase.
48	1118575125	X				X						RQC	Nivel de riesgo Bajo		Dibujar emociones y explicarlas a un adulto. Jugar en equipo para fomentar cooperación. Leer un cuento sobre valores positivos.
49	1118778649	X				X						RQC	Nivel de riesgo Bajo		Realizar juegos de cooperación en familia. Crear un cuento inventado sobre autocuidado. Hacer ejercicios de atención y concentración.
50	1135778541	X				X						RQC	Nivel de riesgo Bajo		Organizar tiempo de juego estructurado. Desarrollar actividades sensoriales para autorregulación. Realizar actividades de movimiento para liberar tensión.

ANEXO:

BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE PERSONAS CON POSIBLE CONSUMO DE SPA

ANEXO:

BUSQUEDA
ACTIVA
COMUNITARIA DE
PERSONAS CON
POSIPLO
CONSUMO DE
SPA

ACTA DE REUNIÓN

TEMA:	Busqueda activo comunitario de personas consumidoras de Sustancias psicoactivas
LUGAR:	Barrio Esteros. FECHA: 22/10/2025.
OBJETIVO:	Socializar, articular con lideres comunitarios del Barrio Esteros para identificar a personas que posiblemente son consumidores de sustancias psicoactivas

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo y presentación
2. Socialización de la estrategia de busqueda activa comunitaria
3. Cierre.

DESARROLLO:

1. Siendo las 9:00 am con la fecha y lugar mencionados anteriormente, se da inicio a la socialización de la estrategia de busqueda activo comunitario sobre personas con posible consumo de Sustancias psicoactivas. Dicha acción se realizo con la Sra. Edilma Castañeda Montaña, vicepresidenta del Barrio los Esteros.

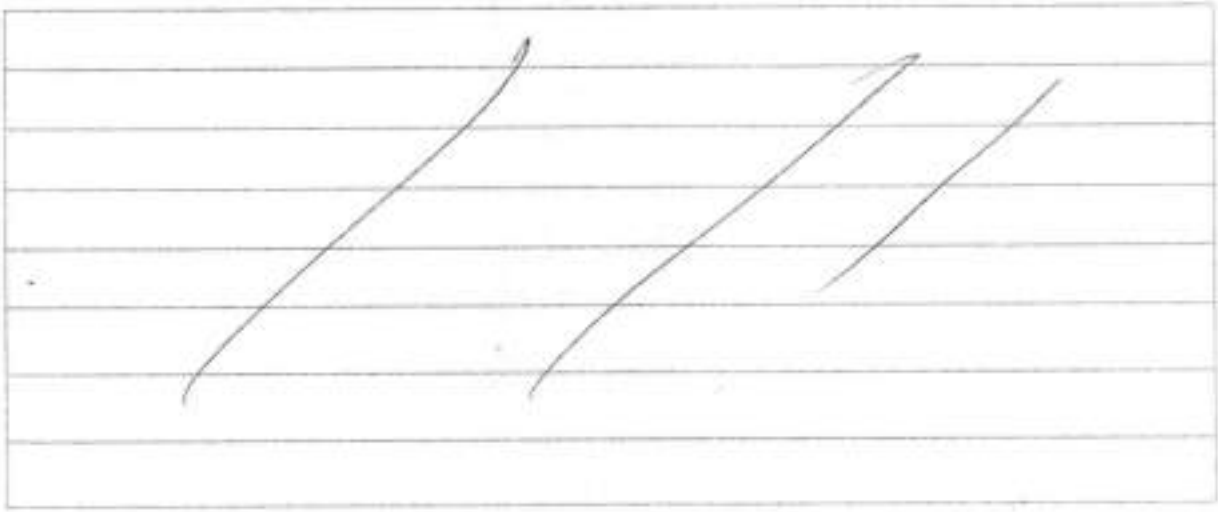
2. Socialización de la estrategia de busqueda activa comunitario sobre personas con posible consumo de sustancias psicoactivas =

Se explica a la Sra. Edilma Castañeda la metodología de la busqueda activo comunitario, que se basa en la colaboración, articulación interinstitucional para localizar a los habitantes del Barrio los Esteros que posiblemente son consumidores de Sustancias psicoactivas ya que son los líderes comunales quienes conocen dichos eventos dentro de su comunidad. Se resalta la importancia de su rol como mediador y facilitador para generar confianza y credibilidad en el proceso.

A raiz de ello, la sra. Edilma manifiesta que no conoce ningun posible caso de consumo de sustancias psicactivas. En efecto, se socializo la ruta de atencion integral de consumo de sustancias psicoactivas para tener en cuenta en el momento, que llegue a conocer dichos eventos dentro de su Comunidad.

COMPROMISOS:

N/A.



ASISTENTES			
Nombre Completo	Cargo/Dependencia	Correo Electrónico	Firma
Johana Fuentes Sotaba	Psicologa	jfuentes02@hotmail.com	
Edilma Castaneda	Vicepresidenta Otros	edilmacastaneda@gmail.com	Edilma Castaneda

ACTA DE REUNIÓN

TEMA:	Busqueda activa comunitaria de personas Consumidoras de Sustancias psicoactivas.
LUGAR:	Barrio Acacias. FECHA: 20/11/2025
OBJETIVO:	Socializar y articular con lideres comunitarios del Barrio para identificar a personas que posiblemente Son Consumidores de Sustancias psicoactivas.

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo y Presentación
2. Socialización de la estrategia de búsqueda activa comunitaria.
3. Cierre.

DESARROLLO:

1° Siendo las 5:10 pm con la fecha y lugar mencionadas anteriormente, Se da inicio a la Socialización de la estrategia de busqueda activa Comunitaria Sobre personas con posible consumo de Sustancias psicoactivas. Dicha acción se realizo con el Sr. Oswaldo Ballesteros, presidente de la Junta de acción comunal del Barrio Acacias.

2. Socialización de la estrategia de búsqueda activa Comunitaria Sobre personas con posible Consumo de Sustancias psicoactivas. =

Se explica el Sr. Oswaldo Ballesteros, la metodología de la búsqueda activa, que se basa en la Colaboración, articulación interinstitucional para canalizar a los habitantes del Barrio Acacias que posiblemente Son Consumidoras de Sustancia Spsicoactivas ya que son los lideres Comunales quienes conocen dichos eventos dentro de su Comunidad. Se resalta con la importancia de su rol como mediador y Facilitador para generar confianza y Credibilidad en el proceso.

En efecto el Sr. Oswaldo Ballesteros expresa que ante esa problematica es importante crear acciones de educación, huertas (producto) agropecuarias, generar empleabilidad, crear diferentes actividades deportivas para mitigar estas dificultades, con el objetivo de impactar desde una de las raices. del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes.

Además recomienda que la estrategia se realice hagan por hagan dentro del Municipio en la que se pregunte si dentro de su familia se presento esta problematica. Finalmente, refiere que en el momento que conozca algun evento de posible consumo de Sustancias psicoactivas nos informara.

COMPROMISOS:

ASISTENTES

Nombre Completo	Cargo/Dependencia	Correo Electrónico	Firma
Johana Fuente Sagbay	Ciclo vida	jane7w3021@hotmail.com	
Oswaldo Ballesteros	Presidente	oswaldoballesteros@hotmail.com	

ACTA DE REUNIÓN

TEMA:	Busqueda activa Comunitaria de personas consumidoras de Sustancias psicoactivas
LUGAR:	Barrio la Unidad. FECHA: 2/12/2025
OBJETIVO:	Socializar y articular con lideres comunitarios del Barrio para identificar a personas que posiblemente Son consumidoras de Sustancias psicoactivas.

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo y presentación
2. Socialización de la estrategia de busqueda activa comunitaria
3. Cierre.

DESARROLLO:

1. Siendo las 3:00 pm con la fecha y hora mencionada anteriormente, se da inicio a la socialización de la estrategia de busqueda activa Comunitaria sobre personas con posible consumo de Sustancias psicoactivas. Dicha acción se realiza con la Sra. Gladimir Zambrano, lider del Barrio la Unidad.

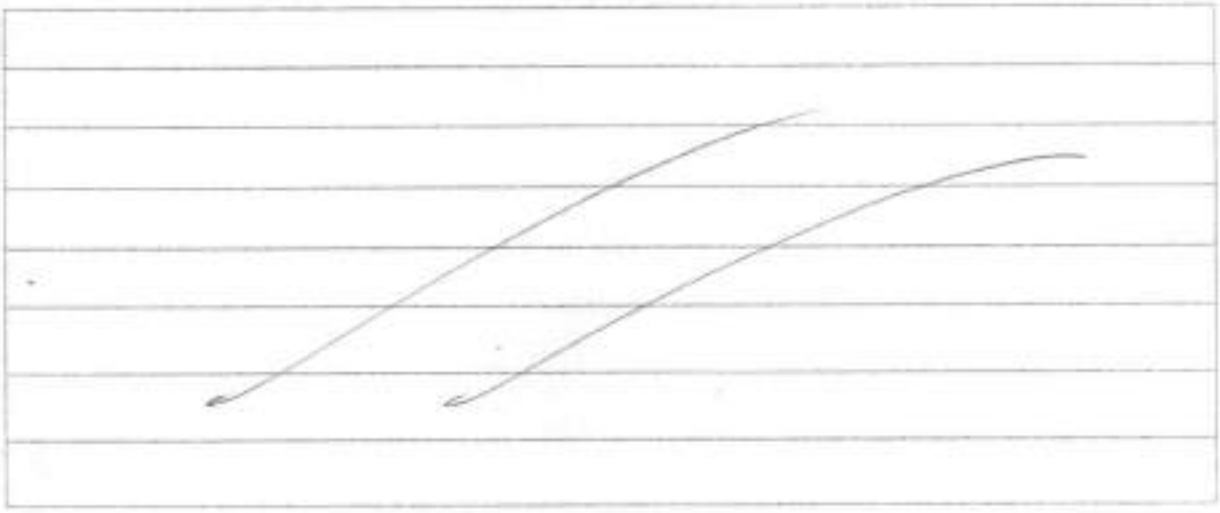
2. Socialización de la estrategia de busqueda activa comunitaria sobre personas con posible Consumo de Sustancias psicoactivas.

Se explica a la Sra. Gladimir Zambrano la metodologia de la busqueda activa comunitaria que se basa en la colaboración, articulación Interinstitucional para caracterizar a los habitantes del Barrio la Unidad que posiblemente son Consumidores de sustancias psicoactivas ya que son los lideres comunales quienes conocen dichos eventos dentro de la Comunidad. Se resalta la importancia de su rol como mediador y facilitador para generar confianza y credibilidad en el proceso.

A raiz de ello, la Sra. Gladimis refiere que no conoce, no está por enterada de alguna persona con posible consumo de Sustancias psicoactivas. dentro del barrio la Unidad.
Además, refiere que si llegase a conocer alguna persona conocida o referente de salud mental, o algún otro miembro, entidad que hace parte de la ruta de atención integral de Consumo de Sustancia psicoactiva.

3. Siendo las 3:40 pm Se da por terminado la Socialización y búsqueda de personas con posible Consumo de SPA.

COMPROMISOS:



ASISTENTES			
Nombre Completo	Cargo/Dependencia	Correo Electrónico	Firma
Gladimir Fonseca	Jefe Comunal	———	
Johana Fuentes Sotelo	psicólogo PIC 2025	jarepu3021@hotmail.com	

ANEXO:

BUSQUEDA ACTIVA DE NNA CON POSIBLE DISCAPACIDAD

ANEXO:

BUSQUEDA ACTIVA DE NIÑA CON POSIBLE DISCAPACIDAD

ACTA DE REUNIÓN

TEMA:	Búsqueda activa de niños, niñas y adolescentes con posible discapacidad.
LUGAR:	Oficina de Secretaria de Desarrollo Social **FECHA:** 22/09/2025
OBJETIVO:	Concertar y clarificar las acciones relacionadas con la estrategia de búsqueda activa de niños, niñas y adolescentes con posible discapacidad en las sedes rurales de la Institución Educativa Técnico Francisco Lucea, a fin de establecer el procedimiento para socializar la información con los docentes del área rural y activar la ruta de atención correspondiente para los casos identificados.

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo
2. Concertación sobre la actividad: Búsqueda activa de niños, niñas y adolescentes con posible discapacidad en las 32 sedes del área rural de la Institución Educativa Técnico Francisco Lucea.
3. Cierre

DESARROLLO:

1. Siendo las 4:00 p. m., en la fecha y lugar previamente mencionados, se inició la reunión con la secretaria de Desarrollo Social, Dra. Leidy Gualteros, y la profesional de apoyo a la supervisión, Dra. Shirley Ariza Castillo, con el objetivo de concertar y clarificar una de las actividades contempladas en el marco de la Zona de Orientación Escolar, PIC 2025.

2. Concertación sobre la actividad: Búsqueda activa de niños, niñas y adolescentes con posible discapacidad en las 32 sedes del área rural de la Institución Educativa Técnico Francisco Lucea.

Teniendo en cuenta las condiciones de difícil acceso para ingresar a todas las escuelas (rurales) del Municipio de San Luis de Palenque, Casanare, se acordó realizar una socialización grupal dirigida a todos los docentes del área rural, en el marco de una reunión previamente programada por la Institución Educativa. Durante esta socialización, los docentes proporcionarán información sobre los estudiantes que, según su observación, podrían presentar alguna discapacidad. Asimismo, se explicarán los trámites de primer y segundo nivel, de manera que los estudiantes puedan confirmar su condición mediante valoración de profesionales de la salud especializados.

Es importante mencionar que la búsqueda activa ya se ha venido realizando en diferentes sedes de la Institución Educativa y continuará desarrollándose de manera sistemática. Asimismo, se aclara que no se emite un concepto previo sobre una posible discapacidad, dado que no se cuenta con la certificación requerida para ello. Sin embargo, esto no impide llevar a cabo la respectiva

caracterización y el reporte a la referente de discapacidad y de educación del municipio de San Luis de Palenque, y no a la Secretaría de Educación Departamental, puesto que la acción que puede realizar la profesional en psicología del PIC 2025, es únicamente el reporte de los casos identificados. Una vez se cuente con la certificación oficial, corresponde al municipio realizar el reporte a dicha secretaria, para la inclusión de los estudiantes en el Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).

Este procedimiento tiene como objetivo, garantizar que los menores accedan oportunamente a los servicios médicos de primer y segundo nivel, de manera que se confirme y certifique su condición. Así, se asegura el pleno ejercicio de sus derechos y se brinda una atención educativa adecuada y orientada a sus necesidades.

COMPROMISOS:

Realizar una socialización con los docentes del área rural sobre la estrategia de búsqueda activa de estudiantes con posible discapacidad, con el propósito de activar la ruta de atención para los casos que sean reportados e identificados conjuntamente con los docentes.

ASISTENTES

Nombre Completo	Cargo/Dependencia	Correo Electrónico	Firma
Shirly Ariza Castillo	Apoyo la supervisión PIC 2025	Pic2025slg mail.com	
Lucy K Guillen Munilla	Secretaria Desarrollo Social Supervisión	desarrollosocial@sanluisdepalenque-casanare.gov.co	
Johana Fuentes Sotelo	psicóloga PIC 2025	jarezo302@hotmail.com	

ACTA DE REUNIÓN

TEMA:	Búsqueda activa de niños y niñas con posible discapacidad.
LUGAR:	I.E Técnico Francisco Lucea. **FECHA:** 14/10/2025
OBJETIVO:	Realizar búsqueda activa de estudiantes con posible discapacidad en las escuelas del Municipio de San Luis de Palenque, Casanare.

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo y presentación
2. Socializar el objetivo de la búsqueda de estudiantes con discapacidad.
3. Proposiciones y Cierre

DESARROLLO:

1. Siendo las 09:40 a.m. del día 14/10/2025 y en el lugar previamente mencionados, se inició la reunión con el saludo y la presentación a cargo de Johana Fuentes Sotaban, psicóloga del PIC 2025.

2. Socializar el objetivo de la búsqueda de estudiantes con discapacidad.

A continuación, se socializó con los docentes del área rural del Municipio de San Luis de Palenque el objetivo de la búsqueda activa de estudiantes con posible discapacidad. Este objetivo principal es articular esfuerzos interinstitucionales para obtener y gestionar el acceso a exámenes de primer y segundo nivel, necesarios para que los estudiantes puedan ser finalmente acreedores del certificado de discapacidad.

Adicionalmente, se indicó y explicó la Ruta de certificación de Discapacidad, la cual se resume en los siguientes pasos:

- Paso 1: Recolección de Documentos. Reunir copia de los documentos de identidad, copia de la historia clínica, y exámenes que complementen el diagnóstico de discapacidad y otros soportes relevantes.
- Paso 2: Gestión Municipal. Entregar los documentos a la referente de discapacidad del Municipio, la Psicóloga Daniela Cordero, quien apoyará en la gestión y tramitología del proceso ante la Secretaria de Salud.
- Paso 3: Emisión de Orden. La Secretaría de Salud Departamental emitirá la orden dirigida a la IPS o ESE autorizada para la valoración.

- Paso 4: Valoración y Certificación. La IPS o ESE certificadora tiene un plazo máximo de diez (10) días hábiles para contactar al acudiente, asignar la cita y realizar la valoración multidisciplinaria autorizada.
    - La IPS/ESE informará sobre el resultado de la valoración y entregará la respectiva Certificación de Discapacidad.
    - En caso de no certificar la discapacidad, la IPS debe notificar las razones que sustentan dicho resultado.

3. Proposiciones y cierre: Para concluir, se invitó a los docentes a continuar notificando los casos de estudiantes con posible discapacidad a la referente municipal, psicorientadora y psicóloga del PIC 2025 para dar curso a la ruta establecida.

COMPROMISOS:

ASISTENTES			
Nombre Completo	**Cargo/Dependencia**	**Correo Electrónico**	**Firma**
Rosio Benitez Santiesteban	Coord. Comunicaciones	rochy1379@hotmail.com	
Arelly Sachague Martha	Coordinadora Primaria	hesimel@hotmail.com	
Johana Fuentes Sotelo	Psicóloga PIC 2025	janefs02@hotmail.com	

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR: 1118774594 PAÍS: C O CLÍNICA: Red Sol

No. CONSULTANTE: Johana Fuentes FECHA: 1 4 1 0 2 5

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	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, hierba, hashish, etc.)	~~0~~	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	~~0~~	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	~~0~~	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	~~0~~	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	~~0~~	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	~~0~~	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	~~0~~	3
j. Otras - especifique:	~~0~~	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0 – 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~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 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

ENTREVISTADOR: 1029649269 PAIS: CO CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: Johana Fuentes FECHA: 14/02/25

INTRODUCCIÓN *(Léala al consultante o paciente)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. La 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepem, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rolipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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

Si contestó "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos items, 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0 – 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: 10 | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1023964327 | FECHA: 15/10/25

INTRODUCCION ***(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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	~~0 – 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~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 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

ENTREVISTADOR: Jahana Fuentes | PAÍS: CO | CLÍNICA: Red Sol

No. CONSULTANTE: 1116540982 | FECHA: 15/10/25

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, 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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 ~~3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Jehova Fuentes | PAÍS: 10 | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118775065 | FECHA: 16/02/25

INTRODUCCION *(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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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

Si contestó "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos items, 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 5 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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: 00 | CLÍNICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1029647808 | FECHA: 16/10/25

INTRODUCCION ***(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		3
j. Otras - especifique:		3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 5 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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR Johana Fuentes PAÍS CO CLÍNICA Red Salud

No. CONSULTANTE 1118774998 FECHA 17 10 25

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**	**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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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, base, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, 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

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118775336 | FECHA: 2015 25

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	X
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	X	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	X	2	3	4	6

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 <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.)	X	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	X	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 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	3	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	3	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	3	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	3	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	3	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	3	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	3	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	3	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	3	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	3	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 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	4	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	4	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	4	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	4	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	4	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	4	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	4	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	4	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	4	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xánax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	X	2	1

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 para cada sustancia	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	~~0 – 10~~	11 – 26	27+
c. Cannabis	5	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAÍS: Cb | CLÍNICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1029654555 | FECHA: 2 0 1 0 2 5

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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	X
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	X	2	1

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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 ~~– 3~~	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	5	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

ENTREVISTADOR: Jhoco Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Sold

No. CONSULTANTE: 1116041257 | FECHA: 2 0 1 0 2 5

INTRODUCCION *(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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	X
d. Cocaina (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contestó "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos items, 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	X	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 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	X	5	6	7	8

Haga las preguntes 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 ha mostrado preocupación por su consumo 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.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		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.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

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.)	4	5	6	7	
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	4	5	6	7	
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	4	5	6	7	
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	4	5	6	7	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	4	5	6	7	
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	4	5	6	7	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	4	5	6	7	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	4	5	6	7	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	4	5	6	7	
j. Otras - especifique:	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.)	5	6	7	8	
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	5	6	7	8	
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	5	6	7	8	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	5	6	7	8	
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	5	6	7	8	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	5	6	7	8	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	5	6	7	8	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	5	6	7	8	
j. Otras - especifique:	5	6	7	8	

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	X	2	1

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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	5	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

ENTREVISTADOR: Jabara Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1029647540 | FECHA: 2 0 1 0 2 5

INTRODUCCION ***(Lea la 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, 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiaceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

ENTREVISTADOR | PAIS | CLINICA

No. CONSULTANTE | FECHA

INTRODUCCION *(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 incluir 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 en forma 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaina (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilium/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique	0	3

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

Si contestó "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	0	0	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	0	0	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0	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

ENTREVISTADOR: Tatiana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1116664520 | FECHA: 21/10/25

INTRODUCCION *(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 denominados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista no vamos a incluir 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	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, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transtornazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lurazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique	0	3

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 que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	0	0	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	0	0	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: C O | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118545927 | FECHA: 2 7 1 0 2 5

INTRODUCCION *(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	Si:
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transtornazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUIAS 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 esta codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento mas intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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. Alucinogenos	0	0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiaceos	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1119775008 | FECHA: 2 2 1 0 2 5

INTRODUCCION *(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 incluir 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 hebanos, 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento mas intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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. Alucinogenos	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 esta disponible.

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118774590 | FECHA: 22/10/25

INTRODUCCION ***(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 incluya a aquellas 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, piaco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, 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	1 o 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	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	5
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	5
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	2	3	4	5
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	5

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Ronipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUIAS 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 esta codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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. Alucinogenos	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 MAS 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118775048 | FECHA: 23/02/25

INTRODUCCION ***(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, esnifadas, 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-MEDICOS)*	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroina, matador a, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	5
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	5
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	2	3	4	5
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	5

Si respondió "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 y 5 para cada una de las sustancias.

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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras – 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras – especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1110774571 | FECHA: 24/10/25

INTRODUCCION: ***(Léale 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 las 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, ¿cuál 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.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transtornazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCION

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 ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1116664164 | FECHA: 24/10/25

INTRODUCCION: *(Léale 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, vaporadas, 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 cuentan a aquellas 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 la toma más frecuentemente o en dosis mas 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaina (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranklmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 via inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 dias seguidos	→ Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"
Más de una vez a la semana o 3 o más dias 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento mas intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0-10	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0-3	4 – 26	27+
d. Cocaina	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. Alucinogenos	0	0-3	4 – 26	27+
i. Opiaceos	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

ENTREVISTADOR: Idora Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1116664004 | FECHA: 24/10/25

INTRODUCCION *(Lealo 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 incluir 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	✗	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	✗	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	✗	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	✗	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	✗	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	✗	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transtornazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipriol, etc.)	✗	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	✗	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	✗	3
j. Otras - especifique:	✗	3

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 que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	5
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki-mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "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 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranki-mazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Idaroo Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118774641 | FECHA: 27/10/25

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 cuenta a aquellas 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, ¿cuál 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.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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 "Sí" 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 que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "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 y 5 para cada una de las sustancias.

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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranksmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 esta 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0-3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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 esta disponible.

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: Cb | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118774619 | FECHA: 20/10/25

INTRODUCCION: *(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 analgésicas, tranquilizantes o denominados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a incluir 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilium/Alprazolam/Xanax, Ortidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique	X	3

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

Si contesto "No" a todos los items, termine la entrevista.
Si contesto "Si" a alguno de estos items, 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido **deseos fuertes o ansias de consumir** *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejo de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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. Alucinogenos	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

ENTREVISTADOR: Soreny Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1029642852 | FECHA: 28/10/25

INTRODUCCION *(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, inyectadas, inhaladas, aspiradas 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 o los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien esto y 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilium/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique	X	3

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 "Sí" 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	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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. Cánnabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejo 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinogenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUIAS DE INTERVENCIÓN
Una vez a la semana o menos u 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 en 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Solid

No. CONSULTANTE: 1119775164 | FECHA: 2 8 1 0 2 5

INTRODUCCION *(Léale 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 de 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 incluir 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilium/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contesto "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contesto "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 que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con que 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, 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 (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros hellanos, 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegante, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilizan/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilizan/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

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 ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 periodo, 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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	0	0	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	0	0	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0	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

ENTREVISTADOR: Johana Fuentes | PAIS: CO | CLINICA: Red Salud

No. CONSULTANTE: 1118774705 | FECHA: 28/10/25

INTRODUCCION *(Lea esto al consultante o paciente)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencias de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, esnifadas, 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 incluir 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 de forma 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	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, piedra, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilium/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

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

Si contesto "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contesto "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 que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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 <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, 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, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - 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 o 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, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejo de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	[illegible]				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo 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, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - 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 alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaina (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, acidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroina, metadona, codeina, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? *(UNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)*	0	2	1

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 para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	0	0	4 – 26	27+
b. Alcohol	0	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 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.