OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	Faigly A - PIC	**PAÍS**		**CLÍNICA**	
No. CONSULTANTE		**FECHA**	1 8 0 8 2 6		

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

Pregunta 2

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

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

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

Nombre [illegible] **Fecha del Test** 19/08/2026

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

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

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de tabaco se asocia con:**
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:**
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cannabis se asocia con:**
	Problemas de atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cocaína se asocia con:**
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas
	Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:**
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de inhalantes se asocia con:**
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardiaco

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de sedantes se asocia con:**
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo
	Síntomas severos de abstinencia
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:**
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: ... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de opiáceos se asocia con:**
	Escozor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Laura Dayana Alfaro Bohorquez | PAÍS | CLÍNICA

No. CONSULTANTE 1057919273 | FECHA 18 08 16

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.)	0	X
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 **últimos tres meses**, ¿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 **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, 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 <u>alguna vez</u> 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	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

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

Nombre Alejandro castro **Fecha del Test** _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

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

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de tabaco se asocia con:**
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:**
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cannabis se asocia con:**
	Problemas de atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cocaína se asocia con:**
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas
	Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:**
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de inhalantes se asocia con:**
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardiaco

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de sedantes se asocia con:**
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo
	Síntomas severos de abstinencia
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:**
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: ... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de opiáceos se asocia con:**
	Escozor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Fabian A - PIC **PAÍS** C O **CLÍNICA** EPS

No. CONSULTANTE 1057412746 **FECHA** 2 8 0 7 2 6

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, 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 <u>alguna vez</u> 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

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

Nombre Juan Aullan **Fecha del Test** 28/02/2026

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

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

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de tabaco se asocia con:**
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo X Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:**
X	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cannabis se asocia con:**
	Problemas de atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de cocaína se asocia con:**
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas
	Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:**
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de inhalantes se asocia con:**
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardiaco

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de sedantes se asocia con:**
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo
	Síntomas severos de abstinencia
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:**
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: … **Bajo___ Moderado___ Alto___** (marque una) **El consumo habitual de opiáceos se asocia con:**
	Escozor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Faiby A. Pic **PAÍS** C O **CLÍNICA**

No. CONSULTANTE 1178202261 **FECHA** 28 07 2 0 2 6

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

Pregunta 8

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

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

Nombre Melany Faisoli **Fecha del Test** 28/07/2026

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

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

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **El consumo habitual de tabaco se asocia con:**	**Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una)
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel	
	Infecciones respiratorias y asma	
	Aumento de la presión arterial, diabetes	
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores	
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores	
	Enfermedades renales	
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares	
	Cánceres	

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:**	**Bajo**___ **Moderado** X **Alto**___ (marque una)
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones	
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro	
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial	
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales	
	Dificultad para recordar y solucionar problemas	
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras	
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico	
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática	
	Cánceres, suicidio	

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **El consumo habitual de cannabis se asocia con:**	**Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una)
	Problemas de atención y motivación	
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión	
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas	
	Aumento de la presión arterial	
	Asma, bronquitis	
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia	
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Cánceres	

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de cocaína se asocia con:**
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas
	Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:**
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de inhalantes se asocia con:**
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardiaco

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR Fabry A - PIC **PAÍS** C O **CLÍNICA**

No. CONSULTANTE **FECHA** 28 07 2026

INTRODUCCIÓN *(Léala al consultante o paciente)*

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

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

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

Pregunta 1

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

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*	**No**	**Si**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	X
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 "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.)	X	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X		3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	2	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.)	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.)	X	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	6	3
j. Otras - especifique:	X	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.)	X	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	X	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	X	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	X	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	X	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	6	3
j. Otras - especifique:	X	6	3

Pregunta 8

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

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

Nombre Zurlex sofía lopez rodriguez **Fecha del Test** 28/07/2016

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

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

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de tabaco se asocia con:**
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:**
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... **Bajo**___ **Moderado** X **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de cannabis se asocia con:**
	Problemas de atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo**X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de cocaína se asocia con:**
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas
	Muerte súbita debido a problemas cardiacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo**___ **Moderado**X **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:**
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo**X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de inhalantes se asocia con:**
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardiaco

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo** ✓ **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de sedantes se asocia con:**
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo
	Síntomas severos de abstinencia
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:… **Bajo**___ **Moderado** X **Alto**___ (marque una) **El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:**
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: … **Bajo** X **Moderado**___ **Alto**___ (marque una) **El consumo habitual de opiáceos se asocia con:**
	Escozor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	Faisuya A - Pic	**PAÍS**	Col	**CLÍNICA**	NOSE
No. CONSULTANTE	N48506577208	**FECHA**	2 8 0 7 2 6		

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?"
NO

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.