Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Fecha: _____ **No. Expediente**: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Es probable que algunas de estas sustancias puedan haber sido recetadas por el médico (como en el caso de las anfetaminas, los sedantes y los analgésicos), por lo que en este cuestionario no se registrarán los medicamentos que fueron recetados por él. Sin embargo, si ha tomado tales medicamentos por otras razones que no sean por motivos de salud o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo por favor.

Pregunta 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	No	Si
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	No	Si
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	No	Si
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	No	Si
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	No	Si
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	No	Si
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	No	Si
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	No	Si
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	No	Si
j. Otros ( )	No	Si

Si todas las respuestas fueron negativas pregunta: ¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Pregunta 2 | En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros ( )	0	2	3	4	6

Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continue con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez.

Finalice con la pregunta 8. A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este periodo para determinar sus nuveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

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

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

Pregunta 5 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros ( )	0	5	6	7	8

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

Pregunta 7 | ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros ( )	0	6	3

Pregunta 8 | ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE
A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este periodo para determinar sus nuveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	→	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	→	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

RESULTADOS

Sustancia	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (consejo breve)	Requiere intervención breve	Requiere tratamiento más intensivo
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros ( )		0 - 3	4 - 26	27 +

Observaciones

Nombre y firma de quién aplica la prueba:_____
Cargo:_____