

NOMBRE DEL CLÍNICO

CLÍNICA

NOMBRE O ID DEL  
PACIENTE

FECHA

--	--	--	--	--	--

**INTRODUCCIÓN (Léasela al paciente. Puede adaptarse a las circunstancias locales)\***

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o inyectar (ver tarjeta de respuestas).

Alguna de las sustancias que aparecen en la lista pueden haber sido recetadas por un médico (por ejemplo anfetaminas, sedantes, calmantes). En esta entrevista **no** registraremos aquellos medicamentos usados **bajo prescripción médica**. No obstante, si usted tomara estos medicamentos por **otras** razones, o los tomara más frecuentemente o a dosis más altas que las prescritas o de una manera que no se pretendía que usted los usara, por favor sírvase informarnos.

Aunque nos interesa saber respecto a su uso de cualquier droga ilícita, le aseguramos que la información obtenida será tratada de manera estrictamente confidencial.

**AVISO: ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTRÉGUELE AL CLIENTE LA TARJETA DE RESPUESTAS ASSIST**

**Pregunta 1 (sírvase marcar la respuesta para cada categoría de sustancia)**

Durante toda su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias usó <u>alguna vez</u> ? (SOLAMENTE USO <u>NO</u> MEDICADO)	No	Sí
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otro tipo - especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si todas las respuestas son negativas sugiera:  
"¿Ni siquiera cuando estaba en el colegio?"

Si la respuesta a todos los puntos es "No" suspenda la entrevista.

Si la respuesta a alguno de los puntos es "Sí", haga la pregunta 2 respecto a cada una de las sustancias que se hayan usado

\*ASSIST V3.1 se debe usar para realizar controles en entornos clínicos. Para uso en investigación utilice la versión anterior ASSIST v 3.0

## Pregunta 2

Durante <u>los últimos tres meses</u> , ¿cuán a menudo usó las sustancias que mencionó anteriormente ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo - especificar	0	2	3	4	6

**Si la respuesta a todos los puntos en la Pregunta 2 es "Nunca", vaya a la pregunta 6.**

**Si en los tres meses previos usó alguna de las sustancias de la Pregunta 2, continúe con las Preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que se hayan usado.**

## Pregunta 3

Durante <u>los últimos tres meses</u> , ¿cuán a menudo, sintió usted un fuerte deseo o una urgencia por consumir ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otro tipo - especificar	0	3	4	5	6

#### Pregunta 4

Durante <b>los últimos tres meses</b> , ¿cuán a menudo su consumo de ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> ) lo llevó a tener problemas de salud, sociales, legales o financieros?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otro tipo - especificar	0	4	5	6	7

#### Pregunta 5

Durante <b>los últimos tres meses</b> , ¿cuán a menudo usted no hizo lo que se esperaba que hiciera debido a su consumo de ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	/ / / / /				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otro tipo - especificar	0	5	6	7	8

**Haga las Preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que se hayan usado alguna vez (por ejemplo las que se mencionaron como consumidas en la Pregunta 1)**

### Pregunta 6

<b><u>Alguna vez</u> un pariente, un amigo o cualquier otra persona se han preocupado por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

### Pregunta 7

<b>¿Ha tratado <u>alguna vez</u> de reducir el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) pero no logró hacerlo?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

**Pregunta 8 (por favor sírvase marcar la respuesta que corresponda)**

	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha usado <u>alguna vez</u> una droga inyectable? (SOLAMENTE POR USO NO MÉDICO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AVISO IMPORTANTE:**

A los clientes que hayan usado drogas inyectables durante los últimos 3 meses se les debe preguntar respecto a su patrón de uso durante ese periodo para poder determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

**PATRÓN DE USO**

En promedio, 4 días por mes, durante los últimos 3 meses o menos.

En promedio, más de 4 días por mes, durante los últimos 3 meses.

**PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN**

Breve intervención incluyendo la tarjeta "Riesgos al Inyectarse"

Mayor evaluación y tratamiento más intensivo \*

**CÓMO CALCULAR EL PUNTAJE ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTANCIA**

Para cada sustancia (codificadas de **a** hasta **j**) sume los puntos recibidos a partir de la pregunta 2 hasta la 7 inclusive. No incluya los resultados de la Pregunta 1 ni de la Pregunta 8 en el puntaje total. Por ejemplo el puntaje para Cannabis debería calcularse de la siguiente manera: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

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

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA SEGÚN EL PUNTAJE DE CONSUMO DE SUBSTANCIA ESPECÍFICA DEL PACIENTE**

	Registre el puntaje específico de la sustancia	No intervención	Recibe 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. anfetamina		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalable		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+

Ahora use la TARJETA ASSIST CON INFORME DE COMENTARIOS para ofrecerle al cliente una breve intervención.