**La Prueba de detección de consumo de**

**Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIT v3.1)**

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNEME CECOSAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido…?** | | | | | | |  | **2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | | **Mensualmente** | **Semanalmente** | | | **Diario o casi** |
| a. Tabaco | | | No | | Sí | |
| b. Bebidas alcohólicas | | | No | | Sí | |
| c. Cannabis | | | No | | Sí | |
| d. Cocaína | | | No | | Sí | |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina | | | No | | Sí | | a. Tabaco | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| f. Inhalantes | | | No | | Sí | | b. Bebidas alcohólicas | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| g. Sedantes o pastillas para dormir | | | No | | Sí | | c. Cannabis | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| h. Alucinógenos | | | No | | Sí | | d. Cocaína | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| i. Opiáceos | | | No | | Sí | | e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| j. Otros (especifique) | | | No | | Sí | | f. Inhalables | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
|  | | | | | | | g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| Si todas las respuestas son negativas, pregunte:  ¿Tampoco cuando era estudiante?  Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, **detenga la entrevista.**  Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, **haga la pregunta 2** para cada sustancia que se haya consumido alguna vez. | | | | | | | h. Alucinógenos | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| i. Opiáceos | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
| j. Otros (especifique) | 0 | 2 | | 3 | 4 | | | 6 |
|  | | |  | |  |  | | | |
|  | Si la respuesta es **“nunca"** en todas las secciones, pase a la pregunta 6.  Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas **3,4 y 5** para cada sustancia. | | | | | | | | |
|  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Mensualmente** | **Semanalmente** | | **Diario o casi** | **4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | | **Mensualmente** | | **Semanalmente** | **Diario o casi** | |
|  |
|  |
|  |
|  |
| a. Tabaco | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | a. Tabaco | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| b. Bebidas alcohólicas | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | b. Bebidas alcohólicas | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| c. Cannabis | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | c. Cannabis | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| d. Cocaína | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | d. Cocaína | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| f. Inhalables | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | f. Inhalables | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| h. Alucinógenos | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | h. Alucinógenos | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| i. Opiáceos | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | i. Opiáceos | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
| j. Otros (especifique) | 0 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  | j. Otros (especifique) | 0 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | |
|  | | | | | | | | |
| **5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)** | **Nunca** | **1 ó 2 veces** | **Mensualmente** | **Semanalmente** | | **Diario o casi** |  | **6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)** | **Nunca** | | **Sí, en los últimos 3 meses** | | | **Sí, pero no en los últimos 3 meses** | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
| a. Tabaco | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | a. Tabaco | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| b. Bebidas alcohólicas | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | b. Bebidas alcohólicas | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| c. Cannabis | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | c. Cannabis | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| d. Cocaína | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | d. Cocaína | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| f. Inhalables | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | f. Inhalables | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| h. Alucinógenos | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | h. Alucinógenos | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| i. Opiáceos | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | i. Opiáceos | 0 | | 6 | | | 3 | | |
| j. Otros (especifique) | 0 | 5 | 6 | 7 | | 8 |  | j. Otros (especifique) | 0 | | 6 | | | 3 | | |
|  | | | | | |
| Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1). | | | | | | |  | Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1). | | | | | | | | |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)** | **Nunca** | **Sí, en los últimos 3 meses** | **Sí, pero no en los últimos 3 meses** |  | **8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?** | | | | **Nunca** | **Sí, en los últimos 3 meses** | **Sí, pero no en los últimos 3 meses** | |
|  |
|  |
|  |
|  |
| a. Tabaco | 0 | 6 | 3 | (Marque la casilla correspondiente) | | | |  |  |  | |
| b. Bebidas alcohólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis | 0 | 6 | 3 | Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección: | | | | | | | | |
| d. Cocaína | 0 | 6 | 3 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina | 0 | 6 | 3 |  | | Cuatro días o menos por mes en promedio, durante los últimos tres meses. |  | Intervención Breve que incluye los riesgo de la tarjeta de inyección | | | |
| f. Inhalables | 0 | 6 | 3 |  | |
| g. Sedantes o pastillas para dormir | 0 | 6 | 3 |  | |  |
| h. Alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos | 0 | 6 | 3 |  | | Más de cuatro días por mes en promedio, durante los últimos tres meses |  | Evaluación adicional y tratamiento más intensivo | | | |
| j. Otros (especifique) | 0 | 6 | 3 |  | |
|  | | | |  | |  |
| Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1) | | | |

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Por cada sustancia (rotulada “a” a la “j”) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis, se calcularía como: **P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c.**

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada y se calcula como **P2a+P3a+P4a+P6a+P7a.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas** | | | | |
|  | **Registrar la puntuación para cada sustancia** | **No requiere intervención**  **(Consejo Breve)** | **Requiere Intervención Breve** | **Tratamiento más Intensivo**  **(PSC/PPR)** |
| 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 (especifique) |  | 0 - 3 | 4 – 26 | 27 + |