

TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO
OMS - ASSIST V3-0

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

Existen 4 niveles para interpretar los resultados:

NIVEL ALTO.- Las puntuaciones altas presentan un riesgo elevado debido a que podrían experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

NIVEL MODERADO.- Las personas con puntuaciones moderadas presentan un riesgo para su salud y otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

NIVEL BAJO.- Las personas con puntuaciones bajas debido a su actual patrón de consumo, representan un riesgo bajo sobre su salud y otros problemas.

Los resultados presentados en este reporte se basan en las respuestas del candidato que ha respondido a la evaluación desde el **2017-06-02 10:59:53** hasta el **2017-06-02 11:03:43**



Datos Personales

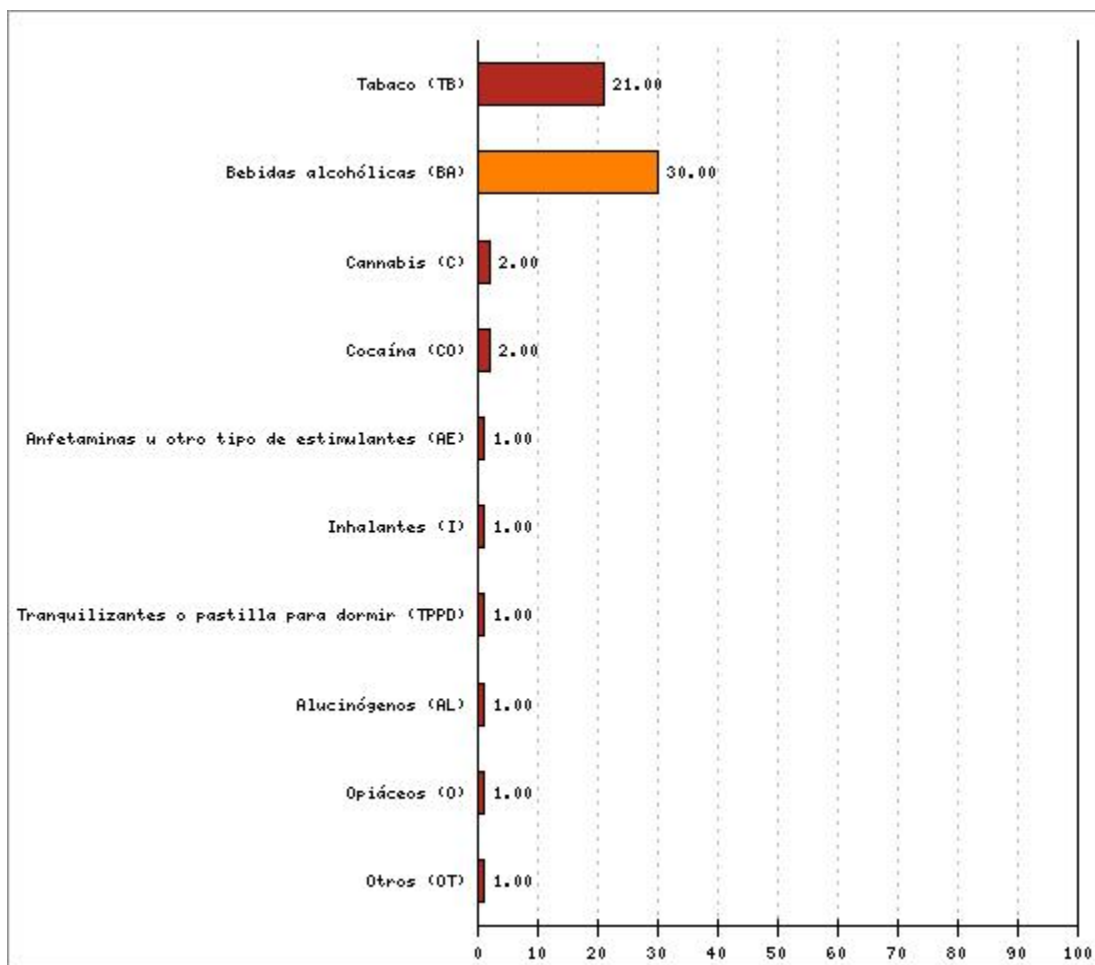


TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO BATERÍA PSICOMÉTRICA

No. Identificación :	0917941320
Nombres :	JOSEPH JAVIER
Apellidos :	SOLIS MORLA
Dirección :	
Teléfono :	
Celular :	
Género :	MASCULINO
Estado Civil :	SOLTERO
Área de Estudio :	MARKETING / COMERCIALIZACIÓN
Escolaridad :	UNIVERSITARIO
Fecha de Nacimiento :	0000-00-00

TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO BATERÍA PSICOMÉTRICA

	Sigla	Factor	Valor Obtenido	Promedio Proceso
1	TB	Tabaco	21.00	7.12
2	BA	Bebidas alcohólicas	30.00	7.21
3	C	Cannabis	2.00	5.92
4	CO	Cocaína	2.00	3.50
5	AE	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	1.00	3.00
6	I	Inhalantes	1.00	3.00
7	TPPD	Tranquilizantes o pastilla para dormir	1.00	2.25
8	AL	Alucinógenos	1.00	7.50
9	O	Opiáceos	1.00	0.00
10	OT	Otros	1.00	0.00



Fecha de Evaluación

Fecha Inicio : 02 de Junio del 2017

Hora Evaluación : 10:59:53

Tiempo Utilizado : 03 minuto(s) 50 segundo(s)



Interpretación

TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO BATERÍA PSICOMÉTRICA OMS - ASSIST V3-0



TABACO

Nivel moderado

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Nivel alto

CANNABIS

Nivel bajo

COCAÍNA

Nivel bajo

ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

Nivel bajo

INHALANTES

Nivel bajo

SEDANTES O PASTILLAS PARA DORMIR

Nivel bajo

ALUCINÓGENOS

Nivel bajo

OPIÁCEOS

Nivel bajo

OTRAS DROGAS

Nivel bajo

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)

Tabaco (cigarrillo, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

Si

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

Si

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

Si

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

Si

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

Si

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

Si

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

Si

Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

Si

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

No

Otras drogas

No

Si contestó "No" a todos los ítems anteriores, no continúe con la encuesta. Si contestó "Sí" a alguno de los ítems anteriores, continúe con la encuesta para cada sustancia que ha consumido alguna vez. ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses? Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

A diario o casi a diario

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

A diario o casi a diario

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

1 ó 2 veces

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

1 ó 2 veces

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

Nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

Nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

Nunca

Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

Nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

Nunca

Otras drogas

Nunca

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems anteriores pase por favor a la pregunta 51. Si ha consumido alguna de las sustancias anteriores en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 21 a la 50 para cada una de las sustancias que ha consumido. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir? Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

A diario o casi a diario

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

1 ó 2 veces

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

Nunca

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

Nunca

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

Nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

Nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

Nunca

Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

Nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

Nunca

Otras drogas

Nunca

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos? Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

Nunca

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

1 ó 2 veces

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

Nunca

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

Nunca

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

Nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

Nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

Nunca

Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

Nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

Nunca

Otros

Nunca

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de?

Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

Nunca

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

1 ó 2 veces

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

Nunca

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

Nunca

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

Nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

Nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

Nunca

Aluciónegos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

Nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

Nunca

Otros

Nunca

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de las siguientes sustancias?

Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

Sí pero no en los últimos 3 meses

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

Sí en los últimos 3 meses

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

No nunca

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

No nunca

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

No nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

No nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

No nunca

Aluciónegos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

No nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

No nunca

Otros

No nunca

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alguna de las siguientes sustancias y no lo ha logrado?

Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)

Sí en los últimos 3 meses

Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

Sí en los últimos 3 meses

Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

No nunca

Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

No nunca

Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

No nunca

Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

No nunca

Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)

No nunca

Aluciónegos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

No nunca

Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)

No nunca

Otros

No nunca

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)

No nunca

