Introducción

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.- Los 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 **2017-05-30 05:12:13** hasta el **2017-05-30 05:13:31**

Datos Personales

TEST ASSIST GRUPO CéNTRICO

BATERÍA PSICOMÉTRICA

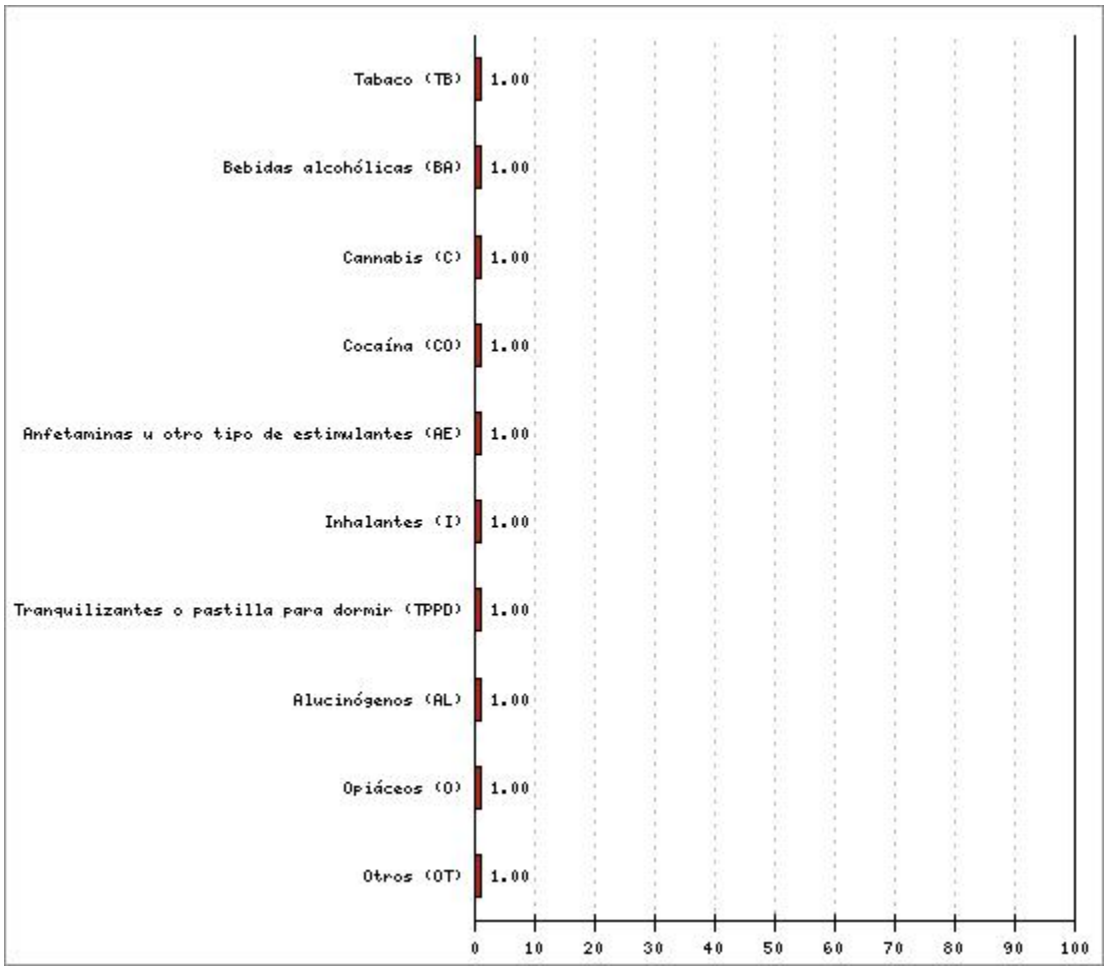
No. Identificación :	1721740023
Nombres :	ALEXIS JAVIER
Apellidos :	CRUZ FLORES
Dirección :	LOYOLA OE6-255 Y GRAL GUERRERO
Teléfono :	5107227
Celular :	0987056691
Género :	MASCULINO
Estado Civil :	SOLTERO
Área de Estudio :	ADM. DE EMPRESAS
Escolaridad :	ESTUDIANTE UNIVERSITARIO
Fecha de Nacimiento :	1992-11-29

Resumen General

TEST ASSIST GRUPO CéNTRICO

BATERÍA PSICOMÉTRICA

	Sigla	Factor	Valor Obtenido	Promedio Proceso
1	TB	Tabaco	1.00	7.12
2	BA	Bebidas alcohólicas	1.00	7.21
3	C	Cannabis	1.00	5.92
4	CO	Cocaína	1.00	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 : 30 de Mayo del 2017
Hora Evaluación : 05:12:13
Tiempo Utilizado : 01 minuto(s) 18 segundo(s)

TABACO

Nivel bajo

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Nivel bajo

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.)

No

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

No

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

No

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

No

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

No

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

No

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

No

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

No

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)

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

Otras drogas

sin contestar

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)

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

Otras drogas

sin contestar

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)
sin contestar

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros
sin contestar

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)
sin contestar

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

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

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

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

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

sin contestar

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

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

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

Otros
sin contestar

¿Un amigo, un familiar o alquien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de las siguientes sustancias?
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc)
sin contestar

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros
sin contestar

¿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)
sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

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

sin contestar

Otros

sin contestar

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

sin contestar