

### 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 **2017-05-30 11:03:04** hasta el **2017-05-30 11:13:00**



## Datos Personales

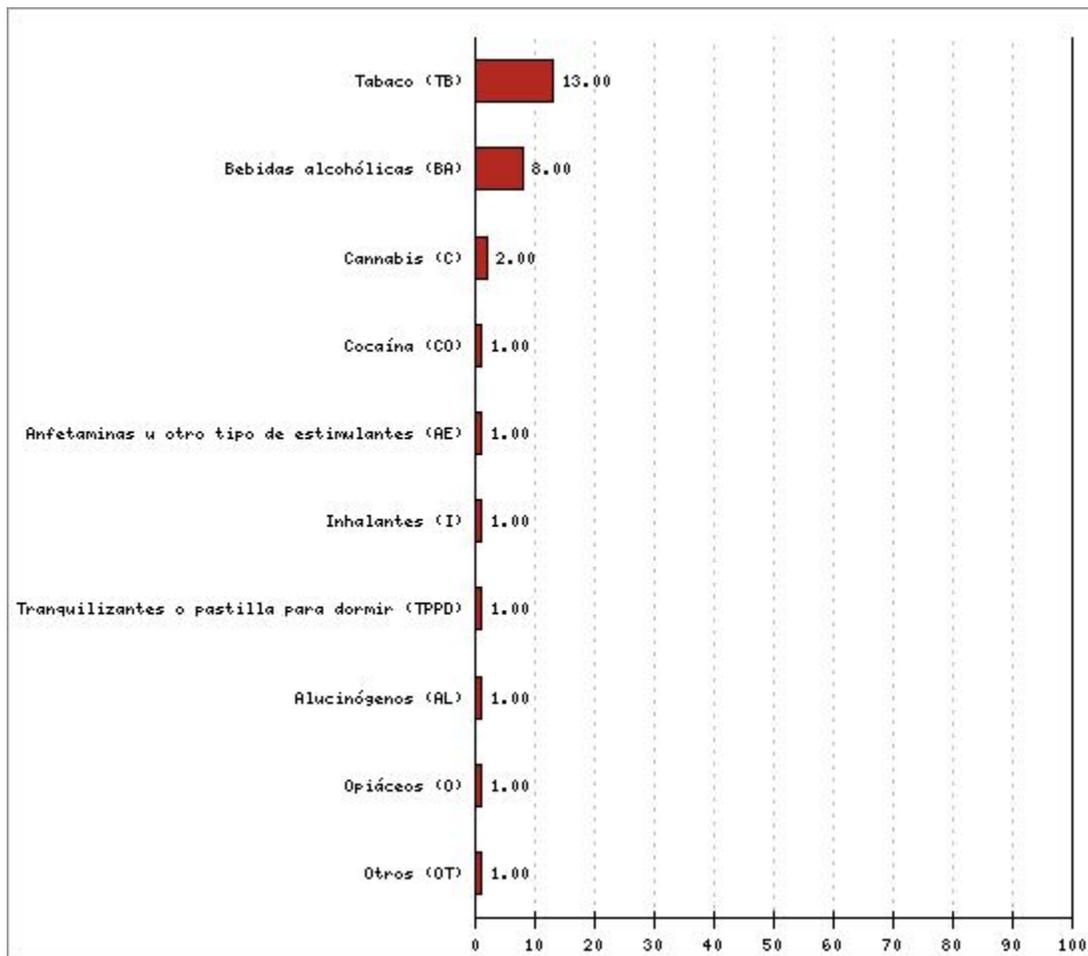


### TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO BATERÍA PSICOMÉTRICA

No. Identificación :	1721784005
Nombres :	MARIA JOSE
Apellidos :	JIMENEZ MUÑOZ
Dirección :	AV.ELOY ALFARO Y CALLE N74C
Teléfono :	2800700
Celular :	0992730891
Género :	FEMENINO
Estado Civil :	DIVORCIADO
Área de Estudio :	RECURSOS HUMANOS / RELAC. IND.
Escolaridad :	UNIVERSITARIO
Fecha de Nacimiento :	1987-04-08

## TEST ASSIST GRUPO CÉNTRICO BATERÍA PSICOMÉTRICA

	Sigla	Factor	Valor Obtenido	Promedio Proceso
1	TB	Tabaco	13.00	7.12
2	BA	Bebidas alcohólicas	8.00	7.21
3	C	Cannabis	2.00	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 : 11:03:04

Tiempo Utilizado : 09 minuto(s) 56 segundo(s)

**TABACO**

Nivel moderado

**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

Nivel moderado

**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.)

No

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

No

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

**sin contestar**

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

**sin contestar**

**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)**

Cada semana

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

Cada semana

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

1 ó 2 veces

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

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)**

1 ó 2 veces

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

Cada mes

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

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.)

Nunca

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.)

Nunca

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

Alucínógenos (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)

No nunca

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

No nunca

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

Alucínógenos (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.)

No nunca

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

