



## OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
No. CONSULTANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)**

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE**

**Pregunta 1**

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.  
Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.



## Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

**Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.**

**Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.**

## Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6



#### Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> ) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

#### Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> )?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8



**Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)**

### Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

### Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> ) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3



### Pregunta 8

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

#### NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

#### PATRÓN DE INYECCIÓN

Una vez a la semana o menos  
o  
Menos de 3 días seguidos

#### GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta  
“riesgos asociados con inyectarse”

Más de una vez a la semana o  
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y  
tratamiento más intensivo \*

#### CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

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

#### EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	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. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		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+

NOTA: \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

## OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

### **Tarjeta de respuestas - sustancias**

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otras - especifique:

---

### **Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)**

**Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.

**Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.

**Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.

**Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

---

### **Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)**

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

---

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**  
**OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del Test \_\_\_\_\_

**Puntuaciones Específicas para cada Sustancia**

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otras – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

- Bajo:** Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.
- Moderado:** Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.
- Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

## ¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

<b>a.</b> <b>Tabaco</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo habitual de tabaco se asocia con:</b>	(marque una)
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel	
	Infecciones respiratorias y asma	
	Aumento de la presión arterial, diabetes	
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores	
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores	
	Enfermedades renales	
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares	
	Cánceres	

<b>b.</b> <b>Alcohol</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:</b>	(marque una)
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones	
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro	
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial	
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales	
	Dificultad para recordar y solucionar problemas	
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras	
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico	
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática	
	Cánceres, suicidio	

<b>c.</b> <b>Cannabis</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo habitual de cannabis se asocia con:</b>	(marque una)
	Problemas de atención y motivación	
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión	
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas	
	Aumento de la presión arterial	
	Asma, bronquitis	
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia	
	Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Cánceres	

<b>d. Cocaína</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo habitual de cocaína se asocia con:</b>	(marque una)
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel Accidentes y lesiones, problemas económicos Pensamientos irracionales Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía Agresividad y paranoia Ansias o deseo intenso de consumir, estrés Psicosis por consumo repetido de dosis altas Muerte súbita debido a problemas cardiacos	

<b>e. Estimulantes de tipo anfetamínico</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:</b>	(marque una)
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea Agresividad y conducta violenta Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas Daño cerebral permanente Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras	

<b>f. Inhalantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___
	<b>El consumo habitual de inhalantes se asocia con:</b>	(marque una)
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales Indigestión, úlceras estomacales Accidentes y lesiones Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones) Muerte por fallo cardiaco	

<b>g. Sedantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___ (marque una)
	<b>El consumo habitual de sedantes se asocia con:</b>	
	Sedación, mareo y confusión	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar	
	Problemas de sueño	
	Ansiedad y depresión	
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo	
	Síntomas severos de abstinencia	
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras	

<b>h. Alucinógenos</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___ (marque una)
	<b>El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:</b>	
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias	
	Dificultades para dormir	
	Náuseas y vómitos	
	Aumento en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial	
	Cambios de humor	
	Ansiedad, pánico, paranoia	
	<i>Flash-backs</i>	
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia	

<b>i. opiáceos</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es: ...	<b>Bajo</b> ___ <b>Moderado</b> ___ <b>Alto</b> ___ (marque una)
	<b>El consumo habitual de opiáceos se asocia con:</b>	
	Escozor, náusea y vómitos	
	Mareos	
	Estreñimiento, deterioro de los dientes	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual	
	Dificultades de pareja	
	Problemas económicos y laborales, delincuencia	
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia	
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria	

# **OMS-ASSIST**

## **TARJETA SOBRE RIESGOS ASOCIADOS CON INYECTARSE**

### **INFORMACIÓN PARA CONSULTANTES O PACIENTES**

**El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias**

**El daño puede provenir de:**

- **La sustancia**
  - Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
  - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
  - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
- **La conducta de inyectarse**
  - Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
  - Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
  - Sus venas pueden colapsar.
  - Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.
- **Compartir material de inyección**
  - Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones vírales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

### **❖ Es más seguro no inyectarse**

#### **❖ Si se inyecta:**

- ✓ use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- ✓ use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- ✓ no comparta el material con otras personas
- ✓ limpie el área de preparación
- ✓ lávese las manos
- ✓ limpie la piel en el punto de inyección
- ✓ utilice un punto de inyección distinto cada vez
- ✓ inyéctese lentamente
- ✓ ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

#### **❖ Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**

- ✓ evite inyectarse y fumar
- ✓ evite consumir a diario

#### **❖ Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**

- ✓ evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
- ✓ consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
- ✓ tenga a alguien cerca cuando consume
- ✓ evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
- ✓ tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia