

**CRAFFT+N: SBIRT en las escuelas**  
**Introducción al guion sobre detección precoz**

**Presentar la detección precoz**

Me gustaría plantear algunas preguntas sobre detección precoz sanitaria referentes al uso de alcohol, otras drogas, nicotina y tabaco que estamos haciendo a todos los alumnos de tu curso.

**Tratar el aspecto de la confidencialidad**

En esta detección precoz no hay ningún registro escrito con información que te identifique específicamente. Todo lo que me digas se mantendrá con la máxima confidencialidad posible. Una de las razones por las que esta información no se mantendría confidencial sería que algo de lo que nos dices sugiere un riesgo inmediato para tu seguridad o la de otra persona. Además, tanto tú como tu progenitor o tutor pueden reclamar la información de la que hemos hablado hoy. En cualquier caso, pensaríamos en común cómo afrontar los pasos siguientes. ¿Has comprendido?

**Pedir permiso para hacer preguntas**

¿Aceptas que te plantee estas preguntas?

# Entrevista CRAFFT (versión 2.1+N)

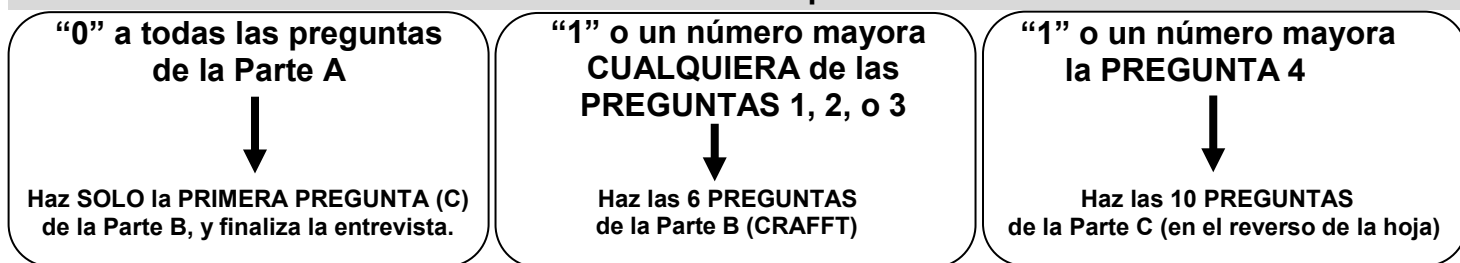
SBIRT en las escuelas

## Parte A

En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántos días:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Bebiste cerveza, vino o cualquier otra bebida <b>alcohólica</b> (más de unos pocos tragos)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.   | <input type="text"/> |
|   | Nº de días           |
| 2. Consumiste <b>cannabis</b> (hachís, marihuana, hierba, aceite de hachís...), yasea fumado, vapeado, en pipas o cachimbas, dabbing, bong, en algún preparado comestible; o <b>cannabis sintético</b> (K2, Spice, "pescao"...) ? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.  | <input type="text"/> |
|   | Nº de días           |
| 3. Consumiste <b>alguna otra sustancia para colocarte</b> (como otras drogas ilegales, pastillas, medicamentos con o sin receta, y/o alguna otra sustancia esnifada, inhalada, vapeada o inyectada)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.   | <input type="text"/> |
|   | Nº de días           |
| 4. Consumiste <b>algún tipo de tabaco</b> (bien sean cigarrillos, puros, puritos, cachimbas, tabaco de liar, tabaco de mascar...) o usaste <b>algún dispositivo de vapeo</b> (cigarrillos electrónicos o pods, como JUUL, blu, myblu...) <b>con nicotina y/o con sabores</b> ? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses. | <input type="text"/> |
|   | Nº de días           |

Si el alumno ha respondido...



## Parte B

Marca "No" o "Sí" en cada pregunta

<b>C</b>	¿Alguna vez has ido en un COCHE/moto conducido por alguien (incluido tú mismo/a) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?	No	Sí
<b>R</b>	¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo/a o encajar en un grupo?	No	Sí
<b>A</b>	¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú SOLO/A, sin compañía?	No	Sí
<b>F</b>	¿Alguna vez te has OLVIDADO de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	No	Sí
<b>F</b>	¿Alguna vez tu FAMILIA o AMIGOS/AS te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
<b>T</b>	¿Alguna vez te has metido en LÍOS mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	No	Sí



## Parte C

“Las siguientes preguntas tratan sobre tu **consumo de tabaco** y/o sobre tu uso de **vapers** **connicotina y/o sabores\***.”

	Marca “Sí” o “No” en cada pregunta	
1. ¿Alguna vez has intentado dejar de consumirlo, pero no fuiste capaz?	Sí	No
2. ¿Te resulta tan difícil dejarlo que por ello consumes tabaco o vapeas actualmente?	Sí	No
3. ¿Alguna vez has sentido que eras adicto/a al tabaco o al vapeo?	Sí	No
4. ¿Alguna vez has sentido un deseo muy intenso e irrefrenable de consumir tabaco o vapear?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has sentido que realmente necesitabas consumir tabaco ovapear?	Sí	No
6. ¿Se te hace duro no consumir tabaco o no vapear en lugares donde nodebes hacerlo, como por ejemplo en el colegio/instituto?	Sí	No
7. Cuando no has consumido tabaco o vapeado durante un rato (o cuandohas intentado dejarlo)		
a. ¿te resultaba difícil concentrarte porque no podías consumirtabaco o vapear?	Sí	No
b. ¿te sentías más irritable porque no podías consumir tabaco ovapear?	Sí	No
c. ¿sentías una fuerte necesidad o deseo de consumir tabaco ovapear?	Sí	No
d. ¿te sentías nervioso/a, inquieto/a o ansioso/a porque no podíasconsumir tabaco o vapear?	Sí	No

*\*Referencias:*

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked OnNicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents’ and Young Adults’ Use and Perceptions of Pod-Based ElectronicCigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

Fuente e información de contacto:

© John R. Knight, MD, Boston Children’s Hospital, 2020.

Reproducido con el permiso del Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children’s Hospital.

craftt@childrens.harvard.edu www.craftt.org

Para obtener más información y versiones en otros idiomas, visita la web [www.masbirt.org/schools](http://www.masbirt.org/schools)