

## **CRAFFT+N: SBIRT en las escuelas**

### **Introducción al guión de detección**

#### **Presente la detección**

Me gustaría hacer unas cuantas preguntas de chequeo de salud sobre el consumo de alcohol, otras drogas, nicotina y tabaco que estamos haciendo a todos los estudiantes de tu grado.

#### **Aborde la confidencialidad**

No hay ningún registro escrito de este examen que incluya información que te identifique específicamente. Todo lo que me digas será lo más confidencial posible. Un motivo por el que esta información no se mantendría confidencial es si algo de lo que dices indica que hay un riesgo inmediato para tu seguridad o la de otra persona. Además, tú, tus padres o tu tutor legal podrían solicitar la información de la que hemos hablado hoy. En cualquier caso, determinaríamos juntos los siguientes pasos para el apoyo. ¿Lo entiendes?

#### **Pida permiso para hacer preguntas**

¿Está bien que te haga estas preguntas?

# Entrevista con el instrumento CRAFFT 2.1+N

SBIRT en las escuelas

## Parte A

**Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, cuántos días:**

1. ¿Has bebido algo más que unos sorbos de cerveza, vino o alguna bebida con alcohol? Di "0" si la respuesta es ninguno.

  
N° de días

2. ¿Has usado algún tipo de **marihuana** (cannabis, aceite, cera, para fumar, vaporizar, fumar dosis muy concentradas o "dabs" o en los alimentos) o "**marihuana sintética**" (como "K2", "Spice")? Di "0" si la respuesta es ninguno.

  
N° de días

3. ¿Has usado **algo más para drogarte** (como otras drogas ilegales, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas para inhalar, esnifar, vaporizar o inyectarse)? Di "0" si la respuesta es ninguno.

  
N° de días

4. ¿Has usado un **dispositivo vaporizador\*** que contiene nicotina o sabores, o algún **producto de tabaco†**? Di "0" si la respuesta es ninguno.

  
N° de días

\* Como cigarrillos electrónicos, "mods", dispositivos "pod" como JUUL, vaporizadores descartables como Puff Bar, vaporizadores tipo bolígrafo o pipas de agua electrónicas.  
† Pitillos, cigarros, cigarrillos, pipas, tabaco de mascar, tabaco rapé, "snus" o solubles.

## Si el/la estudiante respondió...

"0" en todas las preguntas de la Parte A



Solo hágale la primera pregunta de la Parte B a continuación y luego **DETÉNGASE**

"1" o más en las P. 1, 2, o 3



Hágale las 6 preguntas de la Parte B a continuación

"1" o más en la P. 4



Hágale las 10 preguntas de la Parte C en la siguiente página

## Parte B

Marca con un círculo

**C** ¿Alguna vez has viajado en un vehículo (**CAR**) conducido por alguien (incluido/a tú mismo/a) que estaba drogado o que había consumido alcohol o drogas?

No Sí

**R** ¿Alguna vez consumes alcohol o drogas para relajarte (**RELAX**), sentirte mejor contigo mismo/a o integrarte en un grupo?

No Sí

**A** ¿Alguna vez consumes alcohol o drogas cuando estás solo/a (**ALONE**) o sin compañía?

No Sí

**F** ¿Alguna vez te olvidas (**FORGET**) de cosas que has hecho mientras consumías alcohol o drogas?

No Sí

**F** ¿Tus familiares o amigos (**FAMILY** or **FRIENDS**) alguna vez te dicen que deberías disminuir el consumo de alcohol o drogas?

No Sí

**T** ¿Alguna vez te has metido en problemas (**TROUBLE**) al consumir alcohol o drogas?

No Sí



## Parte C

“Las siguientes preguntas son sobre el uso de **dispositivos vaporizadores que contienen nicotina o sabores**, o sobre el uso de **productos de tabaco**.\*”

	Marca con un círculo	
	Sí	No
1. ¿Alguna vez has intentado <b>DEJAR</b> de consumir, pero no pudiste?	Sí	No
2. ¿ <b>ACTUALMENTE</b> usas vaporizador o tabaco porque te resulta muy difícil dejar de consumir?	Sí	No
3. ¿Alguna vez has sentido que eres <b>ADICTO/A</b> al vaporizador o al tabaco?	Sí	No
4. ¿Alguna vez sientes muchas <b>GANAS</b> de usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has sentido que realmente <b>NECESITABAS</b> usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
6. ¿Te resulta difícil evitar usar vaporizador o tabaco en <b>LUGARES</b> donde supuestamente no debes hacerlo, como la escuela?	Sí	No
7. Cuando <b>NO HAS USADO</b> vaporizador o tabaco durante un tiempo (o cuando has intentado dejar de usarlo)...		
a. ¿te resultó difícil <b>CONCENTRARTE</b> porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
b. ¿te sentiste más <b>IRRITABLE</b> porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
c. ¿sentiste <b>NECESIDAD</b> o ganas intensas de usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
d. ¿te sentiste <b>NERVIOSO/A</b> , inquieto/a o ansioso/a porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Sí	No

---

### \*Referencias:

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine 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 Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

---

Fuente e información de contacto: © **John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.**

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe),

Boston Children's Hospital. [crafft@childrens.harvard.edu](mailto:crafft@childrens.harvard.edu)

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

**Español**

[Spanish-Latin America]