



ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

**Nuria
García Couceiro**

Tesis doctoral

**Sistemas de detección precoz,
consejo breve y derivación a
tratamiento para adicciones
con y sin sustancia en
adolescentes.**

Santiago de Compostela, 2022



TESIS DE DOCTORADO

**SISTEMAS DE DETECCIÓN PRECOZ,
CONSEJO BREVE Y DERIVACIÓN A
TRATAMIENTO PARA ADICCIONES CON
Y SIN SUSTANCIA EN ADOLESCENTES**

Nuria García Couceiro

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS ORGANIZACIONES, JURÍDICA-
FORENSE Y DEL CONSUMIDOR Y USUARIO



SANTIAGO DE COMPOSTELA

AÑO 2022

D./Dña. **Nuria García Couceiro.**

Título de la tesis: **Sistemas de detección precoz, consejo breve y derivación a tratamiento para adicciones con y sin sustancia en adolescentes.**

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento y declaro que:

- 1) La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.
- 2) De ser el caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.
- 3) Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.
- 4) La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide la versión impresa con la presentada en formato electrónico.

Y me comprometo a presentar el Compromiso Documental de Supervisión en el caso que el original no esté depositado en la Escuela.

En Santiago de Compostela, 23 de junio de 2022.

Firma electrónica

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR DE LA TESIS

Sistemas de detección precoz, consejo breve y derivación a tratamiento para adicciones con y sin sustancia en adolescentes

D. Jesús Varela Mallou

D. Manuel Gandoy Crego

INFORMAN:

Que la presente tesis, se corresponde con el trabajo realizado por D^a. Nuria García Couceiro, bajo nuestra dirección, y autorizamos su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC y que como directores de esta no incurre en las causas de abstención establecidas en la Ley 40/2015.

De acuerdo con lo indicado en el Reglamento de Estudios de Doctorado, declaramos también que la presente tesis doctoral es idónea para ser defendida en base a la modalidad de COMPENDIO DE PUBLICACIONES, en los que la participación de la doctoranda fue decisiva para su elaboración y las publicaciones se ajustan al Plan de Investigación.

En Santiago de Compostela, 23 de junio de 2022

Para Alma, mi pequeña gran revolución.

Agradecimientos

A mis directores, porque me han acogido en el seno de sus grupos de investigación. Gracias por hacer posible esta tesis.

A todos los miembros de USC-PSICOM, porque este trabajo es tan suyo como mío. Gracias por dejarme formar parte de esta gran familia.

A Antonio, porque ha sido el *alma máter* de este proyecto. Gracias por permitirme ser partícipe de él. Gracias por tu tiempo, por tu trabajo, por tu dedicación, por tus consejos y por tus ánimos. Gracias, en definitiva, por ser y por estar, aunque no seas, ni estés.

A Sandra, a David y a Pichel, porque me han asesorado con la APA, con la metodología y con la maquetación, pero también con la cafetera, con la repostería, con los coches, con los tractores e incluso con los chistes. Gracias por ser mi zona oscura y mi zona alegre durante todo este tiempo.

A mis compañeras y compañero de trabajo, porque me han motivado como nadie para terminar esta tesis. Gracias por ser esos renglones torcidos que de pronto convergen en un mismo punto.

A Javier, porque, aunque esta tesis no tenga nada que ver con él, una nunca debe olvidar donde están sus raíces. Gracias por creer en mi potencial, por poner la investigación en mi camino y por abrirme paso para llegar hasta donde hoy estoy.

A Elvira, porque ha sido mi maestra. Gracias por inspirarme y sembrar en mí la semilla de mi propia revolución.

A mis amigas, porque nunca escatiman en palabras de ánimo. Gracias por permanecer en la retaguardia.

A Gonzalo, porque contigo todo parece más fácil. Gracias por acompañarme en este camino.

A mi familia, porque me ha inculcado el valor del esfuerzo y del trabajo. Gracias por toda una vida.

A todos los que de una forma u otra han hecho posible este trabajo. GRACIAS.

Este trabajo fue realizado en el marco de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008. BOE 22/06/2018)



Sistemas de detección precoz, consejo breve y derivación a tratamiento para adicciones con y sin sustancia en adolescentes

RESUMEN

Las adicciones constituyen uno de los principales problemas de salud pública que afectan a los jóvenes españoles. Los elevados niveles de prevalencia, la falta de descensos significativos en las tendencias de consumo, las tempranas edades de inicio y los riesgos asociados hacen pensar en la necesidad de un cambio de paradigma en la labor de los dispositivos de prevención. Diseñar nuevas estrategias que incluyan la detección precoz y la intervención breve podría contribuir a que los dispositivos de Atención Primaria fueran menos reactivos y más proactivos. El modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*), que desde hace décadas se viene aplicando en EE. UU., supone un enfoque integral e integrado de Salud Pública, con el que se podrían abordar las adicciones con y sin sustancia, tanto de aquellos jóvenes con trastornos adictivos instaurados, como de aquellos que muestren una elevada probabilidad de desarrollarlos.

Este trabajo, más allá de pretender ser una mera tesis por compendio, pretendía contribuir a la implementación de un sistema basado en el modelo SBIRT para el abordaje de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes gallegos. No obstante, la situación sanitaria derivada de la pandemia por SARS-Cov-2 impidió su pilotaje y fue necesario replantear los objetivos iniciales, optando por un enfoque más orientado al diseño. Concretamente, se llevó a cabo una revisión profunda de la literatura, que permitió analizar tanto la evidencia disponible sobre el modelo SBIRT, como la situación de los consumos y la necesidad de un cambio en la labor preventiva del sistema sanitario. Además, se buscó contribuir a la adaptación y actualización de los instrumentos de cribado analizando el comportamiento psicométrico del *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) como instrumento de detección precoz del consumo problemático de cannabis en adolescentes. Por último, se aportó evidencia empírica actualizada a cerca de las nuevas tendencias y rituales de consumo, específicamente, de la cachimba y el botellón.

A pesar de que no se pudo pilotar el sistema, gracias al proyecto en el cual se enmarca esta tesis doctoral, el objetivo de “implantar en el ámbito de atención primaria un programa de detección precoz y consejo breve en adicciones” figura recogido en el “Plan de Salud Mental de Galicia PosCovid-19, Periodo 2020- 2024”. Esto, más allá de constituir un hito en la prevención de las adicciones con y sin sustancia, ha derivado en la construcción de una plataforma online (e-SBIRT), en la que se recogen herramientas de cribado y pautas de intervención breves y que ya está disponible para ponerla a prueba una vez que las autoridades sanitarias así lo autoricen.

PALABRAS CLAVE: SBIRT, Adicciones, Adolescentes, Cribado, Prevención.



Sistemas de detección precoz, consello breve e derivación a tratamento para adiccións con e sen sustancia en adolescentes

RESUMO

As adiccións constitúen un dos principais problemas de saúde pública que afectan aos mozos españois. Os elevados niveis de prevalencia, a falta de descenso significativos nas tendencias de consumo, as temperás idades de inicio e os riscos asociados fan pensar na necesidade dun cambio de paradigma no labor dos dispositivos de prevención. Deseñar novas estratexias que inclúan a detección precoz e a intervención breve podería contribuír a que os dispositivos de Atención Primaria fosen menos reactivos e máis proactivos. O modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*), que desde hai décadas vén aplicando en EE. UU., supón un enfoque integral e integrado de Saúde Pública, co que se poderían abordar as adiccións con e sen sustancia, tanto daqueles mozos con trastornos aditivos instaurados, como daqueles que mostren unha elevada probabilidade de desenvolvelos.

Este traballo, máis a alá de pretender ser unha mera tese por compendio, pretendía contribuír á implementación dun sistema baseado no modelo SBIRT para a abordaxe das adiccións con e sen sustancia en adolescentes galegos. Con todo, a situación sanitaria derivada da pandemia por SARS-Cov-2 impediu a súa pilotaxe e foi necesario reformular os obxectivos iniciais, optando por un enfoque máis orientado ao deseño. Concretamente, levouse a cabo unha revisión profunda da literatura, que permitiu analizar tanto a evidencia dispoñible sobre o modelo SBIRT, como a situación dos consumos e a necesidade dun cambio no labor preventivo do sistema sanitario. Ademais, buscouse contribuír á adaptación e actualización dos instrumentos de cribado analizando o comportamento psicométrico do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) como instrumento de detección precoz do consumo problemático de cannabis en adolescentes. Por último, achegouse evidencia empírica actualizada sobre as novas tendencias e rituais de consumo, especificamente, da cachimba e o botellón.

A pesar de que non se puido pilotar o sistema, grazas ao proxecto no cal se enmarca esta tese doutoral, o obxectivo de “implantar no ámbito de atención primaria un programa de detección precoz e consello breve en adiccións” figura recollido no “Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid-19, Período 2020- 2024”. Isto, máis aló de constituír un fito na prevención das adiccións con e sen sustancia, derivou na construción dunha plataforma online (e-SBIRT), na que se recollen ferramentas de cribado e pautas de intervención breves e que xa está dispoñible para poñela a proba unha vez que as autoridades sanitarias así o autoricen.

PALABRAS CHAVE: SBIRT, Adiccións, Adolescentes, Cribado, Prevención.

Screening, brief intervention and referral to treatment systems for substance and non-substance addictions in adolescents

ABSTRACT:

Addictions are one of the main public health problems affecting young people in Spain. The high levels of prevalence, the lack of significant decreases in consumption trends, the early ages of onset and the associated risks suggest the need for a paradigm shift in the work of prevention devices. Designing new strategies that include early detection and brief intervention could help Primary Care settings to be less reactive and more proactive. The SBIRT model (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), which has been applied in the USA for decades, represents a comprehensive and integrated Public Health approach, which could be used to address substance and non-substance addictions, both in young people with established addictive disorders and in those who show a high probability of developing them.

This work, beyond being a mere compendium thesis, aimed to contribute to the implementation of a system based on the SBIRT model for addressing substance and non-substance addictions in Galician adolescents. However, the health situation derived from the SARS-Cov-2 pandemic prevented its piloting and it was necessary to rethink the initial objectives, opting for a more design-oriented approach. Specifically, an in-depth review of the literature was carried out, which allowed us to analyse both the available evidence on the SBIRT model and the situation of consumption and the need for a change in the preventive work of the health system. In addition, we sought to contribute to the adaptation and updating of screening instruments by analysing the psychometric performance of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) as an instrument for the early detection of problematic cannabis use in adolescents. Finally, updated empirical evidence was provided on new consumption trends and rituals, specifically, bong and binge drinking.

Although it was not possible to pilot the system, thanks to the project in which this doctoral thesis is framed, the objective of "implementing a programme for early detection and brief advice on addictions in primary care" is included in the "Mental Health Plan of Galicia Poscovid-19, Period 2020- 2024". This, in addition to being a milestone in the prevention of addictions with and without substances, has led to the construction of an online platform (e-SBIRT), which includes screening tools and brief intervention guidelines, and which will be available for testing once authorised by the health authorities.

KEY WORDS: SBIRT, Addictions, Adolescents, Screening, Prevention.

ÍNDICE DE PÚBLICACIONES DERIVADAS DEL TRABAJO DE TESIS

La presente tesis de doctorado dio lugar a la publicación de un total de 4 artículos científicos, todos ellos indexados en el *Thomson Reuters Journal Citatios Reports* (JCR). Dichos artículos se recogen a continuación por orden cronológico.

1. García-Couceiro, N., Isorna, M., Varela, J., Gandoy-Crego, M., Braña, T., y Rial, A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista española de salud pública*, 94, e202011171.
 - Revista indexada en 2008 en el Journal Citation Reports ®
 - Índice de Impacto 2020: 0.756
 - Factor de Impacto últimos 5 años: 0.976
 - Public, Environmental & Occupational Health: Q4 (170/176)
2. García-Couceiro, N., Gómez, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065.
 - Revista indexada en 2008 en el Journal Citation Reports ®
 - Índice de Impacto 2020: 0.756
 - Factor de Impacto últimos 5 años: 0.976
 - Public, Environmental & Occupational Health: Q4 (170/176)
3. Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>
 - Revista indexada en 1997 en el Journal Citation Reports ®
 - Índice de Impacto 2020: 3.913
 - Factor de Impacto últimos 5 años: 4.149
 - Substance Abuse: Q1 (8/37)
4. García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>
 - Revista indexada en 2010 en el Journal Citation Reports ®
 - Índice de Impacto 2020: 2.979
 - Factor de Impacto últimos 5 años: 3.117
 - Substance Abuse: Q3 (23/54)

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AEVI	Asociación Española de Videojuegos
AP	Atención Primaria
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol User Disorders Identification Test
BAGS	Brief Adolescent Gambling Screen
CABHRe	Center for Adolescent Behavioral Health Research
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CAST-b	Versión de corrección binaria del CAST
CAST-f	Versión de corrección completa del CAST
CeASAR	Center for Adolescent Substance Abuse Research
CIA	Consumo Intensivo de Alcohol
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRAFFT	Abuse Screening Test
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENA	Estrategia Nacional sobre Adicciones
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España
EUPI	Escala de Uso Problemático de Internet
GASA	Game Addiction Scale for Adolescents
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HONC	Hooked On Nicotine Checklist
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NSP	Nuevas Sustancias Psicoactivas
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAA	Plan Autonómico de Adicciones
PND	Plan Nacional sobre Drogas
POSIT	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
SBIRT	Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment
THC	Tetrahidrocannabinol
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UPI	Uso Problemático de Internet

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	27
2. OBJETIVOS.....	39
3. MÉTODO.....	43
4. RESULTADOS.....	49
4.1 PUBLICACIONES QUE FORMAN PARTE DE LA TESIS DOCTORAL.....	49
4.2 OTRAS PUBLICACIONES.....	51
5. DISCUSIÓN.....	55
6. CONCLUSIONES.....	65
7. ANEXOS.....	69
8. REFERENCIAS.....	97

1. INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

EL CONTEXTO: ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA

Las adicciones constituyen uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, suscitando una especial preocupación social en el caso de los jóvenes y adolescentes. A pesar de que los datos recogidos en la última Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España [ESTUDES 2020-2021] (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2022a) señalan una discreta disminución del consumo de sustancias (para muchos de carácter coyuntural, como consecuencia de las restricciones derivadas de la pandemia por SARS-Cov-2), en general los índices de consumo continúan situándose en cifras elevadas.

El **alcohol** continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que aproximadamente seis de cada diez adolescentes de 15 años han consumido alcohol en alguna ocasión (Inchley et al., 2020). En Europa, tal y como revela el *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* [ESPAD 2019], el porcentaje de estudiantes que han bebido alcohol al menos una vez en su vida asciende al 79% (el 47% en los últimos 30 días). España, a pesar de que se sitúa justo por debajo de la media europea (78%) en el consumo a lo largo de la vida, en lo que se refiere al porcentaje de jóvenes que han consumido alcohol en los últimos 30 días solo es superado por cinco países (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2020). Por otra parte, el informe de la última edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España [EDADES 2019-2020] (OEDA, 2021) alerta que el grupo de edad de 15 a 24 años es el que presenta un consumo de riesgo más elevado (9,2%), aumentando dos puntos porcentuales respecto a la edición previa (OEDA, 2019). La encuesta ESTUDES 2020-2021 recoge, por su parte, que el alcohol también continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de 14 a 18, habiéndolo consumido el 70,5% de ellos en el transcurso del último año (OEDA, 2022a).

Más allá de las prevalencias, persisten otros elementos preocupantes. Por un lado, la instauración progresiva de un patrón de consumo en forma de atracón, conocido como Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) o *Binge Drinking*, que se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de alcohol (5 o más Unidades de Bebida Estándar) durante cortos espacios de tiempo, por lo general en un mismo episodio de consumo. El CIA se ha relacionado con daños a nivel fisiológico (Sarasa-Renedo et al., 2014; Tramacere et al., 2010), alteraciones cerebrales de tipo estructural y funcional (Carbia et al., 2018; Lannoy et al., 2021; López-Caneda et al., 2014), mayor incidencia de trastornos de dependencia (Petit et al., 2014) y mayor probabilidad de desarrollar diferentes conductas riesgo, como es el caso de prácticas sexuales sin protección, accidentes de tráfico o diferentes formas de violencia (Calafat et al., 2005; DeCamp et al., 2015; Donath et al., 2012; Isorna et al., 2015; Pichiule et al., 2014; Royuela et al., 2015; Valencia-Martín et al., 2008; Watt et al., 2004). Según la encuesta ESTUDES 2020-2021 el 23,2% de los estudiantes de entre 14 y 18 años reconoce haberse emborrachado en el último mes y el 27,9% haber practicado *Binge Drinking* (OEDA, 2022a). La diferencia entre estos porcentajes hace presuponer que casi un 5% de los jóvenes, a pesar de haber ingerido cinco o más bebidas

alcohólicas en un mismo episodio, no tienen conciencia de haber estado ebrios. Por otro lado, hay que señalar el descenso progresivo de las edades de inicio, que sitúa en los 13,4 años la edad media en la que los españoles comienzan a beber alcohol (Rial et al., 2020) y que acarrea consecuencias para la salud física y mental de los jóvenes, además de serias implicaciones a nivel conductual (Cadaveira, 2009; Nguyen-Louie et al., 2017). Conviene añadir además, la incorporación progresiva de las mujeres al consumo que, en la franja de 14 a 18 años, superan desde hace años en términos de prevalencia a los varones (OEDA, 2022a). Esto conlleva implicaciones sanitarias añadidas, ya que ellas son más vulnerables desde un punto de vista orgánico a los daños producidos por el alcohol (Mumenthaler et al., 1999). Por ello, no es de extrañar que la morbilidad atribuible al alcohol haya aumentado de manera más pronunciada entre las mujeres durante las últimas décadas (Erol y Karpyak, 2015). En último lugar, es preciso tener presente la baja percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol, la alta accesibilidad o disponibilidad (continúa siendo la sustancia más disponible para jóvenes y adolescentes), las creencias y expectativas positivas asociadas a su consumo y la normalización social que todavía persiste en nuestra cultura, siendo el fenómeno del botellón una de sus expresiones más notorias, constituyendo una conducta de riesgo en sí misma y un factor de riesgo a diferentes niveles (Golpe, Barreiro et al., 2017). Según la encuesta ESTUDES 2020-2021 el 41,1% de los estudiantes de entre 14 y 18 años admite haber realizado botellón en los últimos 12 meses y el 19,4% haberlo hecho en el último mes (OEDA, 2022a).

Por lo que se refiere al **Tabaco**, esta es la segunda sustancia psicoactiva más consumida. Alrededor de 7 millones de fumadores mueren cada año como consecuencia directa de su consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) y se estima que esta cifra supere los 8 millones en el año 2030 (Mathers y Loncar, 2006). En España, el tabaco continúa siendo la primera causa de muerte evitable (Pérez-Ríos et al., 2020). Entre los años 2010 y 2014, se produjeron en nuestro país más de 250.000 muertes atribuibles a él, lo que se corresponde con una media anual estimada de casi 52.000 muertes y lo que supone el 13% del total de las defunciones de personas mayores de 35 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

La adolescencia es un período crítico para la experimentación con las drogas y para el inicio del tabaquismo. Según la última edición del estudio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), el 28% de los adolescentes de 15 años han consumido tabaco en alguna ocasión (Inchley et al., 2020). En Europa, el porcentaje de estudiantes de 15-16 años que han fumado al menos una vez en su vida asciende al 41%, siendo ese porcentaje muy diferente en función del país (desde un 15% en Islandia, hasta un 58% en Eslovaquia). España se sitúa justo en la media europea (41%), no obstante, la prevalencia del consumo diario es ligeramente inferior (9% en España vs 10% en Europa) (EMCDDA, 2020). El último informe de la encuesta ESTUDES señala cifras similares: el 38,2% de los jóvenes españoles ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 30,7% en el último año y el 23,9% en los últimos 30 días. Además, la prevalencia de consumo diario de esta sustancia durante los últimos 30 días alcanza el 9,0% (OEDA, 2022a).

En cuanto a la incidencia, 169.600 jóvenes han comenzado a consumir tabaco en el año 2021 (74.500 chicos y 95.100 chicas). Según los datos oficiales, la edad media en la que se inician en este consumo viene mostrando una tendencia estable desde el año 2014, situándose en torno a los 14 años y el hábito del consumo diario es adquirido algo más de medio año después, alrededor de los 14,7 años (OEDA, 2022a). No obstante, otros investigadores sitúan la edad media de inicio en los 13,6 (Rial et al., 2020). Iniciarse en el tabaquismo a una edad tan temprana implica una mayor exposición a componentes nocivos y aumenta la susceptibilidad a los efectos dañinos del humo del tabaco. Además, extiende la duración potencial del

tabaquismo a lo largo de la vida y aumenta así el riesgo de padecer enfermedades crónicas ligadas su consumo (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Más allá de las evidentes consecuencias físicas, algunos autores han relacionado un consumo temprano de tabaco con la presencia de síntomas depresivos (Espada et al., 2011), ideación suicida (Bousoño et al., 2017) y otras conductas adictivas (Golpe, Barreiro, et al., 2017; Míguez y Becoña, 2015). En cuanto al análisis de género, la prevalencia es mayor entre las chicas en cualquier franja de edad. Pese a que esto siempre ha sido así a lo largo de la serie histórica, en cuanto al consumo diario las diferencias entre ambos sexos se han ido recortando hasta alcanzar cifras similares (9,2% mujeres vs 8,8% hombres) (OEDA, 2022a).

Es necesario añadir que, aunque los cigarrillos siguen siendo la forma predominante de consumo, en los últimos años han cobrado protagonismo otros formatos, como los cigarrillos electrónicos (Lorza, 2019) o las cachimbas (también conocidas como pipas de agua, *shisha*, *argille* o *hookah*), muy populares entre jóvenes y adolescentes de medio mundo (Maziak, 2011; Shihadeh et al., 2015). Según la encuesta ESTUDES 2020-2021, el 46,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han consumido alguna vez en la vida cigarrillos electrónicos y el 40,5% reconoce haber fumado tabaco en cachimba, sin apreciarse diferencias significativas en función del sexo (OEDA, 2022a). Fumar en cachimba no sólo es sinónimo de retroalimentación positiva entre iguales, sino que en algunos casos supone para los adolescentes la primera experiencia de consumo de tabaco y la puerta de entrada al consumo de cigarrillos tradicionales (Martinasek et al., 2011; Maziak et al., 2015). Algunos autores coinciden en que la popularización de las cachimbas constituye en sí misma un problema de Salud Pública emergente (Jawad et al., 2018; Maziak et al., 2015; Shepardson y Hustad, 2016), en tanto que supone una exposición mayor a compuestos tóxicos que en el caso de los cigarrillos convencionales (Primack et al., 2016), llegando a establecerse una equivalencia de entre 25 y 50 cigarrillos para una sola sesión de cachimba (Cobb et al., 2011). Ello se relaciona además, con una mayor duración de las sesiones (1 hora en promedio frente a 5 minutos para un cigarrillo) y, consecuentemente, con una mayor toxicidad (Chabrol et al., 2003; Eissenberg y Shihadeh, 2009; Maziak et al., 2011).

Por todo ello, la OMS en 2003, a través del Convenio Marco para el Control del Tabaco, remarcaba precisamente la preocupación por el consumo de tabaco en niños y adolescentes, destacando la necesidad de intervenir a edades tempranas, en tanto que quienes empiezan a fumar en la adolescencia presentan un mayor riesgo de desarrollar dependencia, siendo menor el número de cigarrillos necesarios para establecer una adicción (OMS, 2003).

El **cannabis**, por su parte, continúa siendo la sustancia ilegal más consumida por la población general en la Unión Europea. Se estima que el 1% de los adultos europeos consumen cannabis prácticamente a diario (20 o más días al mes). Además, el 63% de estos consumidores tienen entre 15 y 34 años y más de tres cuartas partes son hombres (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018). En España, según recoge el Informe 2021 de la encuesta EDADES, ese porcentaje es más del doble; el 2,9% de la población consume cannabis de manera diaria. Además, el 10,5% de los españoles de 15 a 64 años reconocen haber consumido esta sustancia alguna vez en los últimos 12 meses y el 8% declara haberlo consumido en el último mes (OEDA, 2021). En lo que respecta a los adolescentes, los últimos datos publicados ponen de manifiesto que el cannabis también es la droga ilegal más consumida por los jóvenes de entre 14 y 18 años, habiendo el 28,6% de ellos consumido esta sustancia alguna vez en la vida y el 22,2% alguna vez en los últimos 12 meses. Sin embargo, pese a que el 2,1% de los chicos y el 1,1% de las chicas menores de 18 años consumió cannabis prácticamente a diario, lo más frecuente es que aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días, lo hayan hecho de manera puntual (OEDA, 2022a).

Más allá de las prevalencias de consumo, hay otros elementos que conviene destacar. En primer lugar, el impacto de los cannabinoides sintéticos (Karila et al., 2016) y los nuevos formatos de consumo, como el uso de las cachimbas, el “*dabbing*”, el “*cannavaping*” o los vaporizadores (Papaseit et al., 2018). Por otro lado, la variación y manipulación de los niveles de tetrahidrocannabinol (THC) (Chandra et al., 2019), que ha derivado tanto a la fabricación y consumo de productos más potentes, con altas concentraciones de THC (Meier et al., 2019), como a la comercialización y venta legal en herbolarios de productos con bajo contenido en THC (EMCDDA, 2020b). Los expertos alertan también de la alta incidencia. En el año 2021 empezaron a consumir cannabis 155.800 estudiantes españoles, siendo por segunda vez consecutiva mayor el número de chicas que de chicos (83.200 chicas frente 72.600 chicos). Además, hay que añadir, que la edad de inicio se sitúa en torno a los 14,9 años (OEDA, 2022a). No obstante, en el trabajo de Rial et al. (2019) se recoge además que el 38,8% de los adolescentes españoles que consumieron cannabis alguna vez en su vida lo hicieron con 14 años o menos, lo que resulta ciertamente preocupante, en tanto que las consecuencias negativas asociadas a un inicio tan precoz no solo implican el aumento del riesgo de padecer efectos sobre la propia salud (Bechtold et al., 2015; Di Forti et al., 2019; Feingold et al., 2016; Fonseca-Pedrero et al., 2020), desarrollar dependencia u obtener peor rendimiento académico o laboral, sino también de desarrollar un patrón de consumo de riesgo de alcohol, de *Binge Drinking* e incluso de experimentar un Uso Problemático de Internet o ciberacoso (Míguez y Becoña, 2015; Rial et al., 2019; Volkow et al., 2016).

En líneas generales, el consumo de cannabis suscita gran preocupación entre la comunidad científica, en tanto que se ha relacionado con ciertas enfermedades fisiológicas de origen respiratorio y cardiovascular, como el asma, el infarto agudo de miocardio o el ictus (Aldington et al., 2007; Bechtold et al., 2015). Además, en el ámbito neuropsicológico, destaca su asociación con la aparición de reacciones agudas de la esfera cognitivo emocional como la ansiedad, la depresión y un riesgo mayor de suicidio (Feingold et al., 2016), así como con problemas de atención, que a su vez han sido relacionados con un aumento del riesgo de sufrir accidentes, siendo los de tráfico aquellos de mayor relevancia (Chihuri et al., 2017). Por otro lado, el consumo de cannabis se ha venido asociando con un aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis, el cual es directamente proporcional a la frecuencia de dicho consumo y a la potencia del cannabis utilizado (Di Forti et al., 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2020). Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo precoz de esta sustancia (Di Forti et al., 2019; Marconi et al., 2016), en tanto que, aunque dicho consumo sea de manera puntual, puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes (Orr et al., 2019).

En lo relativo al uso de sustancias, cabe destacar por último que, lejos de que los problemas se reduzcan al consumo de alcohol, tabaco y cannabis, persiste entre los jóvenes el consumo de **otras sustancias**, como los hipnosedantes, el éxtasis o algunas de las conocidas como “Nuevas Sustancias Psicoactivas” (NSP). Los hipnosedantes (con o sin receta) se posicionan como la cuarta sustancia más consumida por los jóvenes españoles. La evolución de su consumo muestra una tendencia ascendente desde el año 2014, alcanzando máximos históricos en 2021. Por su parte, el consumo de éxtasis ha ido repuntando progresivamente en los últimos 7 años, llegando prácticamente a triplicarse en 2021 respecto a los niveles de 2014 (OEDA, 2022a). En lo que se refiere a sustancias como la ketamina, el spice, la salvia o la ayahuasca es necesario señalar que, pese a que se utiliza el término NSP para referirse a ellas, no se trata realmente de drogas de reciente aparición, ya que la mayoría son de antaño conocidas y/o utilizadas en la práctica médica o veterinaria. Lo realmente novedoso de estas son sus nuevos usos, su difusión y adquisición a través de Internet y las redes sociales y, sobre todo, la velocidad a la que sus

formulaciones químicas sufren modificaciones al objeto de eludir la “ilegalidad”. En la mayoría de los casos, se trata de sustancias que se producen “a granel” por empresas químicas y/o farmacéuticas ubicadas en China o la India y que son enviadas a Europa, donde se transforman, se envasan y se comercializan, bien en tiendas especializadas o a través de la Red (Burillo-Putze et al., 2012). No debemos olvidar tampoco la expansión de los **nuevos formatos y/o rituales de consumo** (Isorna y Arias, 2022; Lorza, 2019), de enorme éxito entre los adolescentes pese a las serias consecuencias que acarrearán a diferentes niveles. Es el caso del uso de cigarrillos electrónicos y cachimbas, el consumo de alcohol de alta graduación combinado con bebidas energéticas (p.ej.: Jägermeister con Red Bull o Monster), el jarabe violeta (también conocido como *purple drank, lean* o *sizzurp*), el *eyeballing*, los *oxy-shots*, el *tampodka* o el controvertido *pharming*. Todo ello ha dado lugar a un nuevo contexto de consumos que suscita una enorme preocupación entre los profesionales del ámbito de la salud y las adicciones, debido a diferentes razones, tales como la elevada accesibilidad de las sustancias (especialmente a través de Internet o en macrofestivales), su reducido coste, la baja percepción de riesgo y la creciente aceptación social (tanto en lo relativo al consumo de otras sustancias, como a los nuevos formatos de consumo), y, por supuesto, a sus graves consecuencias a nivel cerebral y comportamental, en ocasiones realmente difíciles de cuantificar para los expertos forenses (EMCDDA, 2016).

Más allá de las adicciones vinculadas al consumo de sustancias, en los últimos años han ido cobrando protagonismo otras formas de adicción, como la adicción al juego o *Gambling Disorder* (reconocida por la OMS desde 1980) (Abbott, 2017), el Trastorno por Uso de Videojuegos, recientemente incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11] (OMS, 2018), o el controvertido Uso Compulsivo o Uso Problemático de Internet, no reconocido todavía por la ortodoxia clínica como una forma adicción. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 [ENA 2017-2014] (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), plantea entre sus objetivos estratégicos algunos vinculados a este fenómeno, como aumentar la percepción del riesgo asociado a dichas conductas adictivas o promover un uso saludable de las nuevas tecnologías. Dicho documento explicita que las denominadas “adicciones sin sustancia” o conductas adictivas en las que no intervienen drogas (ludopatía, internet, videojuegos, pantallas, etc.) han irrumpido de manera notable en los últimos años y su presencia ya se está dejando notar en la demanda asistencial. Prueba de ello es que progresivamente han ido surgiendo clínicas, centros especializados y programas de prevención e intervención específicos, que buscan reeducar a la población hacia un uso saludable de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) y paliar los efectos negativos de toda esta nueva problemática.

Respecto al **Uso Problemático de Internet**, cabe comenzar señalando que la heterogeneidad terminológica hace difícil comparar e integrar los resultados de las distintas investigaciones. El informe *EU Kids Online 2020* (Smahel et al., 2020) informa del porcentaje de adolescentes europeos de entre 12 y 16 años que podrían estar haciendo un “Uso Excesivo de Internet”, cifrándolo en un 25,8%. Según dicho informe, la prevalencia española se sitúa por encima de la media (26,4%) y es ligeramente mayor entre las chicas (28%) que entre los chicos (27%). Por su parte, la encuesta ESTUDES emplea el término “Uso Compulsivo de Internet” e informa de una prevalencia del 23,5% entre los estudiantes españoles de 14 a 18 años (3,5 puntos mayor que en 2019 y casi 10 puntos más en chicas que en chicos) (OEDA, 2022b). El reciente estudio de UNICEF-España llevado a cabo con una muestra de más de 50.000 estudiantes de ESO, aborda el “Uso Problemático de Internet” (UPI) y sitúa la tasa en el 33% (36,1% para las chicas y el 29,8% para los chicos) (Andrade et al., 2021). Asimismo, Baz-Rodríguez et al. optan también por estudiar el UPI entre adolescentes gallegos e informan de tasas cercanas al 39%.

En cualquier caso, las consecuencias para la salud asociadas al uso de Internet vienen siendo, desde hace años, objeto de estudio a nivel mundial (Akgün et al., 2018; Cudo et al., 2018; Park et al., 2018). Trabajos como el de Rial et al. (2015) se han encargado de poner sobre la mesa el amplio abanico de consecuencias negativas, directas e indirectas, que el UPI puede ocasionar a los adolescentes. Los investigadores advierten que un uso problemático se asocia con una mayor probabilidad de sufrir alteraciones de la salud mental y una menor calidad de vida relacionada con la salud (Takahashi et al., 2018), así como con conflictos escolares y familiares, problemas emocionales, bajo rendimiento académico, una mayor tasa de prácticas de riesgo online e incluso con un mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis (Golpe, Gómez, et al., 2017; Rial, Golpe, et al., 2018).

En cuanto a la **adicción a los videojuegos**, el 47% de la población española de entre 6 y 64 años juega a videojuegos de forma habitual (alrededor de 15,9 millones de personas) y el 74,2% de ellos lo hace todas las semanas (con una media de 7,5 horas semanales). Esto se hace más patente en el caso de la población infantil y adolescente, ya que el 68% de los niños de entre 6 y 10 años y el 72% de entre 11 y 14 juegan a videojuegos de forma regular (Asociación Española de Videojuegos [AEVI], 2020). Según la encuesta ESTUDES, en 2021 el 85,1% de los estudiantes de entre 14 y 18 años jugaron a videojuegos, casi un 3% más que en el año 2019 (OEDA, 2022b). Este incremento (probablemente derivado de un consumo excesivo de videojuegos durante la pandemia) y su posible impacto ha sido advertido ya por diferentes autores (Giardina et al., 2021; King et al., 2020).

Por otro lado, partiendo de la premisa de que el juego constituye una parte fundamental del desarrollo integral del ser humano, en especial en la infancia y la adolescencia, clave en la adquisición de conocimientos, habilidades, normas sociales, roles de género, desarrollo moral y emocional y las relaciones interpersonales (López-Gómez et al., 2022), no debemos obviar que una parte importante de los videojuegos más consumidos por los adolescentes españoles podrían no ser aptos para su edad (Andrade et al., 2021). Esto podría estar incidiendo en la interiorización de valores contrarios a la convivencia, la normalización de la violencia o en el aumento incluso de las tasas de acoso escolar o de ciberacoso (Teng et al., 2020). Paralelamente la literatura se ha encargado de poner de manifiesto también su potencial adictivo, lo que ha llevado a incluir en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] (American Psychiatric Association [APA], 2013) el Trastorno de Juego por Internet (*Internet Gaming Disorder*) en su sección III. La característica esencial de este trastorno sería el consumo persistente (durante muchas horas) de videojuegos, normalmente en compañía de otros jugadores, provocando un deterioro o malestar clínicamente significativo, al cumplirse al menos cinco de los nueve criterios que propone la APA, varios de los cuales estarían presentes en otras adicciones, como la saliencia, la tolerancia o la abstinencia (Kuss y Griffiths, 2012). Por su parte, la OMS ha decidido incorporar el Trastorno por Uso de Videojuegos o *Gaming Disorder* en la CIE-11 (OMS, 2018). En contraste con la propuesta de la APA, este trastorno podría ser provocado por conductas de juego tanto offline como online. Trabajos como el de Fam (2018) o Lloret et al. (2018) estiman entre un 2% y un 10% su posible prevalencia en adolescentes, mientras la encuesta ESTUDES 2020-2021 lo sitúa en el 7,1% (OEDA, 2022b). No obstante, se trata de un tópico especialmente controvertido y difícil de evaluar, que debe ser tratado con especial rigor y siempre a partir de una adecuada revisión de la evidencia científica. De hecho, Kardefelt-Winther (2017) señala que ciertamente se han podido evidenciar con rigor muy pocos efectos, bien sean positivos o negativos, en el bienestar mental de los adolescentes, por lo que es importante no caer en el error de patologizar un uso abusivo o sin supervisión de los videojuegos, elemento en el que coinciden Billieux et al. (2019) o Carbonell (2020), quienes advierten de un posible sobrediagnóstico.

En lo relativo a la **adicción al juego** (juego patológico/juego problemático) pese a estar este en muchos países restringido a mayores de 18 años, como es el caso de España (Ley 13/2011 de 27 de mayo. Regulación del Juego, 2011), existe evidencia de su alta prevalencia entre menores de edad. La última edición de la encuesta ESPAD informa de que el 22% de los estudiantes europeos de 16 años habían apostado en el año anterior, siendo el porcentaje de jugadores online del 7,9%. España estaría situada por debajo de la media, habiendo apostado en el último año un 17% (4,2% online) (EMCDDA, 2020). Estos datos coinciden en parte con los recogidos en la encuesta ESTUDES 2020-2021, que informa de una prevalencia de juego con dinero en torno al 20% (17,2% presencial y 9,4% online) (OEDA, 2022b).

Al igual que ocurre con los adultos, los chicos juegan en mayor proporción que las chicas y el juego presencial sigue siendo mayoritario, aunque la popularidad del juego online es comparativamente mayor. Los adolescentes prefieren específicamente las apuestas deportivas, las loterías o quinielas y los rascas, teniendo sus propias motivaciones para jugar, fundamentalmente ganar dinero y divertirse con el grupo de iguales, a las que se añade el deseo de evadirse del día a día (Calado et al., 2017; Chóliz y Lamas, 2017; Gómez et al., 2019).

En cuanto a la posible prevalencia del juego problemático, el estudio de Andrie et al. (2019), en el que participaron sujetos de 7 países europeos (Grecia, España, Rumanía, Polonia, Alemania, Países Bajos e Islandia), cifra en un 3,6% la tasa de jugadores problemáticos (el 28,1% de los que jugaban), mostrando asociación significativa con una mayor frecuencia de uso de Internet, una menor edad de inicio en el uso de la Red y la presencia de UPI. Asimismo, los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES 2020-2021 sitúan esa tasa en el 3,4%, siendo superior entre los chicos que entre las chicas (5% vs 1,9%) (OEDA, 2022b). Calado et al. (2017) también encontraron en su revisión que los jóvenes muestran una mayor prevalencia de problemas de juego que los adultos, lo que los autores relacionan con la búsqueda de sensaciones propias de la adolescencia y con el hecho de que la actual generación de jóvenes es la primera que crece en una sociedad en la que el juego está ampliamente aceptado, disponible y, además, muy publicitado.

La ludopatía en menores de edad, más allá de su consideración legal, es un problema especialmente relevante ya que esta población es particularmente vulnerable. En el estudio de Sharman et al. (2019) se constata que una edad de inicio más temprana implica una mayor probabilidad de desarrollar una adicción y una mayor severidad de ésta. Se encontró además que los jugadores con un inicio más temprano tendían a participar más en formas de juego no estratégicas, en las que el posible impacto de la habilidad del jugador desaparece y los resultados son aleatorios e impredecibles, lo que supone un mayor riesgo de adicción.

LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA: EL MODELO SBIRT

El contexto actual de los consumos en España supone un gran desafío en materia de salud pública. Si bien es cierto que las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, los medios de comunicación, el sistema sanitario o los contextos de ocio (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), el Informe de la Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 pone de manifiesto que, en España, la mayoría de los programas preventivos se concentran en el ámbito escolar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017). Pese al enorme esfuerzo llevado a cabo en ese terreno, la presente situación, marcada por los elevados niveles de prevalencia que continúan mostrando las diferentes adicciones, la falta de descensos significativos en las tendencias de consumo, las tempranas edades de inicio y los riesgos asociados, hacen pensar en la necesidad de un cambio de paradigma en la labor de los

dispositivos de prevención. En este sentido, la OMS, a través de la iniciativa SAFER (OMS y Organización Panamericana de la Salud, 2020), reconoce la necesidad de facultar a los servicios de salud para que lleven a cabo programas de cribado, consejo breve y/o tratamiento de los trastornos adictivos y por su parte, la ENA 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018) apunta a que diseñar nuevas estrategias pasa por incluir la detección e intervención precoz de los consumos problemáticos, siendo el contexto sanitario el idóneo para realizar programas de este tipo y los profesionales de este sector la fuente más creíble para los adolescentes, pese a ser de la que menos información reciben (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017). Consecuentemente, el Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-2024 contempla entre sus acciones la implementación de “programas de detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario” (Plan Nacional sobre Drogas, 2022). Asimismo, la gran mayoría de los Planes Autonómicos de Adicciones (PAA) contemplan la puesta en marcha de estos programas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017). Concretamente en Galicia, el Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016 (en vigor todavía) contempla el desarrollo de un sistema de detección precoz e intervención temprana para menores con trastornos adictivos (Consellería de Sanidade, 2011) y el recientemente publicado Plan de Salud Mental de Galicia Poscovid-19, Periodo 2020-2024, incluye entre sus líneas de actuación implantar en el ámbito de AP un programa de detección precoz y consejo breve en adicciones con adolescentes (Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, 2020).

Uno de los modelos de detección precoz e intervención más reconocidos a nivel mundial es el SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*), que desde hace décadas se viene aplicando en Estados Unidos (EE. UU.). Este supone un enfoque de Salud Pública integral e integrado para la detección precoz y la prestación de tratamiento para personas con trastornos adictivos instaurados o para aquellas que muestran una elevada probabilidad de desarrollarlos. Estructuralmente consta de tres fases: la detección precoz, la intervención breve y la derivación a tratamiento especializado. La detección precoz evalúa rápidamente la gravedad del consumo e identifica el nivel adecuado de tratamiento. La intervención breve se enfoca en aumentar la comprensión y la conciencia sobre el consumo, así como la motivación hacia el cambio de comportamiento. Por último, la remisión a tratamiento brinda acceso a atención especializada a aquellos identificados con un nivel alto de consumo (Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2017).

Pese a que los orígenes conceptuales del modelo se pueden remontar a la década de 1960, fue en 2003 cuando el Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias de la SAMHSA inició el programa SBIRT en siete estados de EE. UU. (California, Illinois, Nuevo México, Pensilvania, Texas, Washington y Alaska). Inicialmente la SAMHSA les otorgó subvenciones durante cinco años para promover la adopción y la implementación sostenida del SBIRT en diferentes niveles asistenciales. Los objetivos eran ampliar la atención continua para todos los trastornos por uso de sustancias (no solo por alcohol) e integrar el tratamiento y la intervención temprana en el sistema de atención médica tradicional (Bray et al., 2017). No obstante, no fue hasta el año 2017 cuando investigadores de la Universidad de Farmington describieron el marco conceptual y la matriz del modelo (Del Boca et al., 2017). El uso del SBIRT en consultas de pediatría de AP viene avalado por la *American Academy of Pediatrics*, que recomienda a los pediatras incorporar la prevención del consumo problemático de sustancias en la práctica diaria, adquirir las habilidades necesarias para identificar a los jóvenes en riesgo y proporcionar o facilitar la evaluación, la intervención y el tratamiento según sea necesario (Kulig y Committee on Substance Abuse, 2005). La SAMHSA recomienda que el SBIRT forme parte de la práctica clínica habitual de los pediatras y sea aplicado tanto en las revisiones de salud programadas,

como durante las consultas urgentes (S. Levy et al., 2011). Los estudios de evaluación realizados en EE. UU., han demostrado que el modelo es costo-eficiente y reduce significativamente el uso de sustancias, sin embargo, diversos aspectos relacionados con su implementación plantean todavía algunas dudas (Bray et al., 2017).

La sistematización e implantación de un modelo como el SBIRT en España no solo es una oportunidad, sino que constituye importantes desafíos e implica un gran esfuerzo logístico y organizativo. Resulta imposible contemplar su puesta en marcha si no se cuenta con el respaldo y el liderazgo institucional. La evidencia señala que la integración del SBIRT en el sistema de salud resulta clave para su buen funcionamiento (Alinsky et al., 2020). Amén de ello, es necesario señalar otros retos que se deben enfrentar ante el diseño y la posible implementación del SBIRT en el contexto español.

1. En primer lugar, el análisis de la situación actual pone de manifiesto que los programas de prevención destinados a los adolescentes ya no han de centrarse únicamente en la adicción al alcohol, al tabaco y a las drogas ilegales, sino que tienen que contemplar las nuevas modalidades de consumo y abarcar las adicciones comportamentales. Asimismo, los ejes de acción marcados por la ENA 2017-2024 incluyen las drogas legales (tabaco, alcohol), los fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo, las drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas y las adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). En este sentido, el diseño de un modelo tipo SBIRT que pueda ser implementado en consultas de pediatría de AP debería abarcar tanto las adicciones con sustancia como sin ella. Sin embargo, el SBIRT solo ha sido ejecutado para el abordaje de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias y no hay experiencias previas de su aplicación para la reducción de las adicciones sin sustancia. Por ello, el uso del SBIRT para el abordaje de este tipo de adicciones supone uno de los mayores retos.
2. En segundo lugar, para llevar a cabo la detección precoz, es necesario contar con instrumentos de cribado debidamente validados y adaptados. Esto ya ha sido identificado como un reto claro en la ENA 2017-2024, que señala que hay que contar con herramientas de vigilancia epidemiológica que sean aptas para el propósito, en relación con los patrones actuales y futuros de consumo de sustancias y nuevas adicciones (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). De cara al diseño y una posible implementación del modelo SBIRT en España, se ha encontrado evidencia del uso de algunos instrumentos de cribado de consumo de alcohol y otras drogas en general, que podrían ser utilizados, tales como el *Screening to Brief Intervention* (S2BI) (Levy et al., 2014), el *Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and other Drugs* (BSTAD) (Kelly et al., 2014), la *NIAAA Youth Alcohol Screen* (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2015) o el *CRAFFT Abuse Screening Test* (Knight et al., 1999), pero resulta difícil encontrar evidencia sobre el uso de herramientas de cribado para el consumo problemático de tabaco, cannabis o adicciones sin sustancia que hayan sido usadas en programas de detección e intervención precoz y/o estén validadas en España. Por ello, la selección de los instrumentos de cribado pertinentes supone el principal reto del diseño.

De manera más concreta, por lo que se refiere al cannabis, las elevadas prevalencias de consumo y los problemas relacionados han hecho que la ENA 2017-2024 ponga el foco en la necesidad de reforzar la investigación y la recogida de información sobre su consumo y sus efectos a medio y largo plazo (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). La incorporación de la detección precoz del consumo problemático de cannabis en

un hipotético modelo SBIRT para adicciones con o sin sustancia implementado en servicios de pediatría de AP, ayudaría a alcanzar este objetivo. No obstante, se han identificado importantes desafíos específicamente relacionados con las herramientas de cribado para este tipo de consumo. El *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) es uno de los instrumentos más utilizados en Europa. Se ha utilizado como herramienta de *mass screening* para detectar el consumo problemático de cannabis en diversos estudios (Amado et al., 2020; Arias-de la Torre et al., 2021; Blankers et al., 2014; Brunault et al., 2019; Golpe, Barreiro, et al., 2017) y encuestas estatales (Beck et al., 2003; EMCDDA, 2020; OEDA, 2022a; Presidenza del Consiglio dei Ministri y Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2018). No obstante, pese a que varios autores han estudiado sus propiedades psicométricas como herramienta de cribado de dependencia o trastorno por uso de cannabis (Bastiani et al., 2013; Cuenca-Royo et al., 2012; Gyepesi et al., 2014; Legleye et al., 2011, 2013, 2014), su capacidad de cribado para detectar el consumo problemático ha sido escasamente estudiada (Legleye et al., 2007). Por otro lado, existen importantes discrepancias en cuanto a su aplicación. Los puntos de corte que se han propuesto varían en función del país, del objetivo del cribado (dependencia, trastorno por uso de cannabis o consumo problemático) y de la versión de corrección (completa o CAST-f y binaria o CAST-b). Así, por ejemplo, en España, la encuesta ESTUDES utiliza el CAST-b y el punto de corte 4 (OEDA, 2022a), sin embargo, el informe ESPAD utiliza también el CAST-b, pero con el punto de corte 2 (EMCDDA, 2020). Por todo ello, la selección de instrumentos de cribado para el consumo problemático de cannabis supone un reto específico, que pasa por el estudio de las propiedades psicométricas del CAST para la detección del consumo problemático de cannabis en España.

3. En tercer lugar, por lo que se refiere a la intervención breve y a la derivación a tratamiento especializado, si bien existe abundante bibliografía sobre su efectividad (Kaner et al., 2018; O'Donnell et al., 2014; Tait y Hulse, 2003), su coste (Barbosa et al., 2017) y su aplicación en diferentes contextos (Cherpitel et al., 2015; Halladay et al., 2019), la evidencia sobre el contenido de las intervenciones o los algoritmos de derivación es más escasa. En EE.UU. se han publicado algunas guías (Levy y Shrier, 2015; The American Academy of Pediatrics [AAP], s. f.; The National Center on Addiction and Substance Abuse y Columbia University, 2012) que constituyen documentos de referencia indiscutibles de cara a la toma de decisiones para el diseño de las intervenciones breves y la derivación a tratamiento de un posible modelo SBIRT. No obstante, se ha de tener en cuenta que los profesionales encargados de articular el sistema han de estar formados en el manejo de las adicciones con y sin sustancia que presenten los adolescentes (Mitchell et al., 2020), por lo que parece necesario ir más allá de la elaboración de simples pautas genéricas. Incluir programas formativos, desarrollar pautas de intervención ad hoc adaptadas a los niveles de riesgo y algoritmos de derivación que refuercen y respalden las decisiones clínicas son, a priori, algunas de las exigencias de la implementación del modelo SBIRT en España.

En definitiva, el diseño e implementación en nuestro contexto del modelo SBIRT para la detección precoz y el tratamiento de las adicciones con y sin sustancia de los adolescentes constituye un enorme desafío. Esta tesis doctoral nació ligada a un ambicioso proyecto de investigación, con el que se pretendía implementar el modelo en Galicia. Pese a que parte de su cometido no pudo alcanzarse, dada la irrupción del COVID-19, el fin último ha sido contribuir, en la medida de lo posible, a mejorar la prevención de las adicciones en la población infanto-juvenil, a partir de la detección y la intervención precoz, aportando herramientas y evidencia científica útiles para la comunidad.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

La presente tesis doctoral se enmarca en un proyecto de investigación titulado “Diseño e implementación de un Sistema de Detección Precoz y Consejo Breve para la prevención de adicciones con y sin sustancia en adolescentes”, financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (PND) (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España), cuyo objetivo general consistía en diseñar y pilotar un sistema basado en el modelo SBIRT en centros de atención primaria del *Servizo Galego de Saúde*, lo que implicaba, entre otras cosas, adaptar e implementar informáticamente diferentes instrumentos de cribado y elaborar pautas de intervención, consejo breve y derivación a tratamiento especializado. No obstante, fruto de las restricciones ocasionadas por la pandemia por SARS-Cov-2 el pilotaje del sistema en la consulta de Atención Primaria no resultó viable, por lo que fue necesario replantear los objetivos iniciales.

Los trabajos que se incluyen en esta tesis por compendio de artículos (estrechamente relacionados entre sí) se plantean con el objetivo general de **contribuir desde la evidencia científica a la implementación del modelo SBIRT para la detección e intervención precoz de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes**. De manera más concreta, se pretende dar cuenta de los siguientes objetivos específicos:

1. **Hacer una revisión profunda de la literatura** que permita analizar la evidencia disponible sobre el modelo SBIRT y la necesidad de un cambio de paradigma en la labor preventiva del sistema sanitario. Este objetivo se aborda en el primero de los trabajos presentados “El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes” (en adelante ARTÍCULO 1) que fue publicado en la Revista Española de Salud Pública en 2021.
2. **Contribuir a la adaptación y actualización de los instrumentos de cribado**. Para ello se llevó a cabo una revisión de los diferentes instrumentos de cribado, que fue presentada en el 17º Congreso de Pediatría de Atención Primaria (2020) y publicada en el libro “*Congreso de Actualización de Pediatría 2020*”. Posteriormente se desarrolló un trabajo empírico específico con el objetivo de poner a prueba las propiedades psicométricas de uno de los instrumentos más utilizados a nivel nacional e internacional para el cribado del consumo de cannabis. Dicho trabajo dio lugar al segundo artículo de esta tesis, titulado “*Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents*” y publicado en *Addictive Behaviors* en el 2022 (en adelante ARTÍCULO 2).
3. El tercero de los objetivos era desarrollar y poner a prueba pautas de intervención o consejo breve. Para ello, en base a la evidencia disponible, se elaboraron pautas de intervención adaptadas a los distintos niveles de riesgo detectados (ANEXO III). Dada la imposibilidad de llevar a cabo su pilotaje en las consultas de AP, no es posible aportar indicadores a nivel de eficacia y efectividad.
4. Dotar de soporte informático a los instrumentos seleccionados para poder ser utilizados y corregidos de forma automática, sencilla, rápida y estandarizada por los diferentes profesionales en su práctica diaria. Para ello se diseñó una plataforma online específica del grupo USC-PSICOM, alojada en un servidor del Centro de Supercomputación de Galicia, atendiendo a la normativa vigente en materia de protección de datos (ANEXO I).

5. Por último, a pesar de que este objetivo no había sido planteado inicialmente como tal, el presente proyecto constituía una magnífica oportunidad para **disponer de información actualizada acerca de las nuevas tendencias y rituales de consumo**. Durante el desarrollo de los trabajos previamente mencionados, surgió la necesidad de actualizar y ampliar la información disponible sobre ciertas modalidades de consumo. Ello dio lugar a la formulación de este nuevo objetivo y a la elaboración de dos trabajos empíricos. El primero de ellos, “El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas”, que forma parte de esta tesis doctoral (ARTÍCULO 3), publicado “en avance” en la revista Adicciones (2022). Un segundo artículo, titulado “El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos”, publicado en la Revista Española de Salud Pública (2020) permitió aportar nuevas evidencias acerca del controvertido fenómeno del botellón y sus implicaciones a nivel de prevención.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

A pesar de que las tres publicaciones que se presentan se enmarcan en un mismo proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008), desde un punto de vista metodológico, dada la diferente naturaleza de los objetivos abordados, ha sido necesario emplear también distintas estrategias metodológicas.

En la **primera fase del proyecto**, de carácter teórico, se llevó a cabo una revisión de la literatura. En tanto que lo que se pretendía era compactar y sintetizar conocimientos fragmentados sobre el modelo SBIRT e informar sobre su potencial como estrategia de prevención, se optó por una revisión tradicional o de tipo narrativo. Este tipo de revisiones, a diferencia de las revisiones sistemáticas, no responden necesariamente a una pregunta de investigación específica, sino que resumen la evidencia de un modo meramente cualitativo, atendiendo a conceptos más básicos o generales (Australia Edith Cowan University Library, 2022). Para ello, se consultaron diversas bases de datos como Pubmed, Cochrane Library, Scopus, WOS o PsycINFO. La información encontrada en ellas se completó con datos extraídos mediante consultas específicas a determinadas páginas webs de Internet, como el PND (<https://pnsd.sanidad.gob.es/>) o la SAMHSA (<https://www.samhsa.gov/>). En cuanto al margen temporal, se seleccionaron trabajos relacionados con el uso del modelo SBIRT con adolescentes o en el ámbito de la pediatría realizados en los últimos 20 años y en lo relativo a su procedencia, se incluyeron trabajos publicados en cualquier país del mundo. Las búsquedas se llevaron a cabo durante el segundo trimestre del año 2020.

La información obtenida en esta fase atiende fundamentalmente a tres aspectos. En primer lugar, el contexto y la situación actual de las adicciones con y sin sustancia en los adolescentes españoles. Tomando como referencia los datos proporcionados por la encuesta ESTUDES a nivel nacional, así como aquellos trabajos más relevantes publicados en el ámbito de las adicciones, se analizan las prevalencias e implicaciones más significativas del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, así como del UPI, de la adicción a los videojuegos y al juego con dinero. En el segundo lugar, se reflexiona sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la labor preventiva de la AP de salud y se presenta el modelo SBIRT, aportando numerosas referencias que avalan la enorme evidencia acumulada sobre el uso de este modelo con adolescentes y en el ámbito de la pediatría a nivel internacional. Por último, se analiza el marco actual de la prevención en España y se hace un recorrido por las experiencias relacionadas con la detección precoz y la intervención breve de las que se tiene constancia. Paralelamente, se analizan los retos y desafíos a los que los profesionales se tendrían que enfrentar si se planteara implementar un posible modelo SBIRT en nuestro país.

Durante el desarrollo de la **fase empírica**, se utilizaron diferentes estrategias metodológicas, en tanto que cada uno de los objetivos de la tesis fue abordado en un estudio distinto.

ESTUDIO 1

Para analizar las propiedades psicométricas del CAST para la detección precoz del consumo problemático de cannabis en adolescentes españoles, se recurrió a una metodología selectiva, consistente en la realización de encuestas entre la población de estudiantes de educación secundaria de la comunidad autónoma de Galicia. Para la selección de la muestra se recurrió a

un muestreo intencionado, tratando de acceder a una muestra lo más amplia y heterogénea posible. En total participaron 12 centros educativos situados en diferentes localidades, 10 de ellos de titularidad pública y 2 privados/concertados. La muestra estuvo compuesta por 3.363 estudiantes (50,1% mujeres y 49,9% hombres) con edades comprendidas entre 12 y 18 años ($M = 14,60$; $DT = 1,79$). El 33 % tenía entre 12 y 13 años, el 48,5 % entre 14 y 16 años y el 18,5 % entre 17 y 18 años. Según su nivel de estudios, el 72,1% cursaba ESO y el 27,9% eran estudiantes de Bachillerato. Las propiedades psicométricas del CAST fueron evaluadas utilizando la subpoblación de estudiantes que declararon haber consumido cannabis alguna vez en su vida ($n=555$).

Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc*, autoadministrado en papel, que constaba de tres bloques de preguntas: el primero indagaba sobre los hábitos de consumo de cannabis, el segundo contenía el CAST y la subescala del *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT) sobre el uso y abuso de sustancias y el tercero abordaba las características sociodemográficas.

La recogida de datos se llevó a cabo a lo largo del curso 2020/2021, en las aulas de los propios centros, en grupos reducidos y por investigadores con experiencia en este tipo de tareas. Con el objetivo de estimar el tiempo de cumplimentación del cuestionario, la correcta comprensión de las preguntas y anticipar posibles dudas o dificultades en la recogida de datos, antes de comenzar, se realizó un pilotaje con una muestra de sujetos de la misma población objeto de estudio. Los participantes fueron informados previamente de la finalidad del estudio, su participación fue voluntaria y no remunerada y se garantizó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. El estudio contó con el consentimiento y la aprobación de la dirección de los centros y de las respectivas asociaciones de madres/padres. A los progenitores se les envió una carta informativa con indicación expresa de la posibilidad de renunciar a participar en el estudio, para lo cual sus hijos deberían aportar dicha carta firmada por uno de sus progenitores. El protocolo contó además con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Tras la recogida y antes del análisis propiamente dicho, se llevó a cabo una depuración de los datos, analizando la presencia de patrones de respuesta incoherentes y datos *missing*. El análisis de los valores perdidos se hizo siguiendo las pautas oportunas (Rial Boubeta et al., 2001), comprobando que la falta de respuesta en ninguna de las variables del cuestionario excedía el 5% y, al mismo tiempo, la distribución de los casos *missing* seguía una distribución aleatoria.

La consistencia interna de CAST se estimó calculando el coeficiente α de Cronbach, omega Ω ordinal y KR-20. También se calculó el índice de homogeneidad corregido (CHI) para cada elemento, y se recalculó el α de Cronbach después de la eliminación de cualquier elemento. Para comprobar la dimensionalidad de la escala, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio utilizando el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS). ULS no requiere suposiciones sobre la distribución de los datos y es robusto con muestras pequeñas (Forero et al., 2009). La validez de criterio se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Asimismo, se calcularon índices de sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). Los análisis se completaron estimando el área bajo la curva característica operativa del receptor (ROC). Todos los análisis se realizaron utilizando IBM SPSS Statistics 25 y AMOS 23 (*IBM SPSS Statistics for Windows*, 2017).

ESTUDIO 2

El uso de la cachimba entre los adolescentes fue abordado también bajo una metodología selectiva. Concretamente se llevó a cabo una encuesta entre estudiantes de enseñanza secundaria de la comunidad autónoma gallega. Asimismo, la selección de la muestra se realizó mediante un muestreo intencionado, accediendo a colaborar un total de 49 centros (38 de titularidad pública y 11 de privada/concertada). Como criterio de inclusión se aplicó la edad; los participantes debían ser estudiantes con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los criterios de exclusión aplicados fueron la negativa a participar y la presencia en los cuestionarios de un elevado porcentaje de valores ausentes o un patrón de respuesta incoherente. La muestra de final fue de 7.613 estudiantes, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M = 14,97$; $DT = 1,69$). El 69,8% eran estudiantes de ESO, el 6% de Ciclos Formativos y el 24,2% de Bachillerato. El 50,5% marcó la opción “femenino”, cuando se le preguntó por el género, el 48,4% la opción “masculino” y el 1,2% seleccionó “otro género”.

Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario *ad hoc*, dividido en tres bloques: el primero recogía información sobre variables sociodemográficas, el segundo contenía preguntas referidas al uso de la cachimba, a los hábitos y patrones de consumo de tabaco, cannabis, alcohol y otras sustancias, así como una escala con la que medir la percepción del riesgo asociado a dichos consumos y el tercero incluía tres escalas específicas para el cribado de consumos de riesgo: el CAST, el AUDIT y el CRAFFT.

Los datos se recogieron a lo largo del curso 2020/2021, mediante cuestionarios autoadministrados en papel en las propias aulas de los centros educativos, en grupos reducidos y por investigadores con experiencia en este tipo de tareas. Se realizó un pilotaje previo con una muestra de sujetos de la misma población de estudio, con el objetivo de estimar el tiempo de cumplimentación del cuestionario, la correcta comprensión de las preguntas y anticipar posibles dudas o dificultades en la recogida de datos. Los participantes fueron informados previamente de la finalidad del estudio. Su participación fue voluntaria y no remunerada y se garantizó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Los estudios contaron con el consentimiento y la aprobación de la dirección de los centros y de las respectivas asociaciones de madres/padres. Además, el protocolo contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Antes del análisis propiamente dicho, se llevó a cabo una depuración de los datos, analizando la presencia de patrones de respuesta incoherentes y datos *missing*. A continuación, se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes, así como de estadísticos de tendencia central y de dispersión. Posteriormente, para comparar los porcentajes, se realizaron tablas de contingencia, con un contraste de independencia Chi Cuadrado (χ^2) y el correspondiente cálculo del Coeficiente de Contingencia (CC) para evaluar el grado de asociación o correlación. Para interpretar el tamaño del efecto se siguieron las recomendaciones de Funder y Ozer (2019). Se utilizó la prueba de McNemar y la prueba de Wilcoxon para las comparaciones entre dos muestras (o variables) relacionadas. Al igual que en el segundo trabajo, los análisis se realizaron utilizando IBM SPSS Statistics 25 y AMOS 23 (*IBM SPSS Statistics for Windows*, 2017)

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Esta tesis doctoral conforma un compendio de las tres publicaciones que se describen a continuación. Para cada una de ellas se proporciona la información bibliográfica completa (autor, año, título, revista, volumen y página) y se incluye también la información relativa al factor de impacto en el año de cada publicación, el factor de impacto en los últimos 5 años y el cuartil de su categoría extraído del *Journal Citation Reports (JCR)*[®] *Social Sciences Edition* (Thomson Reuters).

4.1 PUBLICACIONES QUE FORMAN PARTE DE LA TESIS DOCTORAL

- **ARTÍCULO 1**

García-Couceiro, N., Gómez Salgado, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial Boubeta, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065.

Trabajo aceptado y publicado en la Revista Española de Salud Pública. Factor de impacto 2020: 0.756; factor de impacto a 5 años: 0.976 (Public, Environmental & Occupational Health).

- **ARTÍCULO 2**

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

Trabajo aceptado y publicado en *Addictive behaviors*. Factor de impacto 2020: 3.913; factor de Impacto últimos 5 años: 4.149 (Substance Abuse)

- **ARTÍCULO 3**

García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>

Trabajo aceptado y publicado en avance online en la revista *Adicciones*. Factor de impacto 2020: 2.979; factor de Impacto últimos 5 años: 3.117 (Substance Abuse)

4.2 OTRAS PUBLICACIONES

Complementariamente a las tres publicaciones seleccionadas como cuerpo central de la tesis de doctorado, se incluye otros trabajos publicados también en el marco de esta.

García-Couceiro, N., Isorna, M., Varela, J., Gandoy-Crego, M., Braña, T., y Rial, A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista española de salud pública*, 94, e202011171.

Trabajo aceptado y publicado en la *Revista Española de Salud Pública*. Factor de impacto 2020: 0.756; factor de impacto a 5 años: 0.976 (Public, Environmental & Occupational Health).

Rial, A y García-Couceiro, N. (2020). Alcohol y adicciones con y sin sustancia. Herramientas de detección. En AEPap (Ed.). *Congreso de Actualización de Pediatría 2020* (pp 41-53). Lúa Ediciones 3.0.

Trabajo presentado en el 17º Congreso de Pediatría de Atención Primaria (2020) y publicado en el libro "*Congreso de Actualización de Pediatría 2020*". Lúa Ediciones.

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

Los actuales niveles de consumo de sustancias, los nuevos formatos, las tempranas edades de inicio y el crecimiento de las adicciones sin sustancia, reflejado en el uso problemático de Internet y las redes sociales, la adicción a los videojuegos o el juego con dinero, parecen indicar la necesidad de un cambio de enfoque en la labor preventiva de los servicios de pediatría de AP, que han de ser más proactivos en la detección y la intervención precoz ante este tipo de problemáticas.

La presente tesis doctoral surge en el marco de un proyecto de investigación titulado “Diseño e implementación de un Sistema de Detección Precoz y Consejo Breve para la prevención de adicciones con y sin sustancia en adolescentes”, que fue financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (PND) (*Ref. 2018/008. BOE 22/06/2018*) y cuyo objetivo general consistía en diseñar y pilotar un sistema basado en el modelo SBIRT en centros de Atención Primaria del *Servizo Galego de Saúde*. Entre los objetivos específicos se contemplaba adaptar e implementar informáticamente diferentes instrumentos de cribado y desarrollar pautas de intervención, consejo breve y derivación a tratamiento especializado. Si bien, dada la situación sociosanitaria derivada de la pandemia por SARS-Cov-2 no fue posible llevar a cabo el pilotaje del sistema, este trabajo ha contribuido a sentar las bases de su diseño teórico y operativo, en tanto que (1) recoge una revisión profunda de la literatura que permite analizar la evidencia disponible sobre el modelo SBIRT y la necesidad de un cambio de paradigma en la labor preventiva del sistema sanitario, (2) contribuye a la adaptación y actualización de los instrumentos de cribado y, (3) en la medida en que la detección e intervención precoz debe ser sensible a las nuevas tendencias y formatos de consumo, explora alguna de ellas, como el uso de la cachimba entre los adolescentes. Cada uno de los trabajos que conforman esta tesis por compendio de publicaciones se centra en uno de estos objetivos. El alcance de los resultados obtenidos en cada caso, junto con las implicaciones tanto a nivel teórico como práctico, se discuten a continuación.

En primer lugar, para abordar el **primero de los objetivos** planteados (disponer de una base de conocimiento seria, rigurosa y actualizada que recoja la evidencia disponible sobre el modelo SBIRT) se llevó a cabo un trabajo teórico de revisión bibliográfica que dio lugar al primero de los artículos que conforman esta tesis por compendio y que fue publicado en la Revista Española de Salud Pública (García-Couceiro et al., 2021). Este trabajo, además de proporcionar una base de conocimiento sólida sobre la que asentar el diseño de un sistema de detección precoz y consejo breve para la prevención de adicciones con y sin sustancia en adolescentes, responde a una necesidad tácita de los profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y, concretamente, en los servicios de pediatría de AP, ya que hasta la fecha no se disponía de ningún estudio que integrara la evidencia disponible sobre este modelo y su aplicación en adolescentes. Del mismo modo, tampoco se localizaron trabajos que recogieran las distintas experiencias relacionadas con la detección precoz y la intervención breve que se llevaron a cabo en España, ni que analizaran los retos y oportunidades que supondría la implantación de un modelo de este tipo en nuestro país. Por ello, esta revisión, lejos de aportar únicamente la evidencia necesaria para el diseño del modelo, aspira a convertirse en un artículo de referencia para aquellos profesionales que trabajan en el terreno de la prevención y/o la gestión de

servicios de pediatría de AP y que, en el contexto actual, sienten la necesidad de involucrarse de manera activa en la detección e intervención precoz de los consumos de riesgo.

Con este trabajo se pone de manifiesto que, aunque el SBIRT fue diseñado para reducir el consumo problemático de alcohol en pacientes adultos, bien en el contexto de los servicios de AP o de urgencias (Jonas et al., 2012), con el paso de los años, tanto las conductas objetivo, como las franjas de edad y el ámbito de aplicación se han ido ampliando. Se han encontrado evidencias de su uso como herramienta para la reducción del consumo de tabaco (Lasebikan y Ola, 2016), de cannabis (Halladay et al., 2019) y de sustancias en general (Stoner et al., 2014), tanto con adultos como con adolescentes (Kelly et al., 2014) y tanto en centros sanitarios como escolares (Maslowsky et al., 2017) e incluso penitenciarios (Prendergast et al., 2017). Además, no solo se ha configurado como herramienta de prevención en EE. UU. (Alinsky et al., 2020; Sterling et al., 2017), sino que existen experiencias en países como Suecia (Geirsson et al., 2005), Dinamarca (Barfod, 2008), Finlandia (Aalto et al., 2003), Brasil (Amaral et al., 2010), Australia (Berends et al., 2011), Emiratos Árabes (Matheson et al., 2018), Nigeria (Lasebikan y Ola, 2016), Polonia (Cherpitel et al., 2015) o Sudáfrica (Van der Westhuizen et al., 2019). Actualmente, existe abundante literatura científica acerca del uso del SBIRT en población adolescente (Carney y Myers, 2012; O'Connor et al., 2018; Ozechowski et al., 2016; Tanner-Smith y Lipsey, 2015; Yuma-Guerrero et al., 2012) y la SAMHSA recomienda su uso desde la edad pediátrica, bien sea durante las revisiones rutinarias de salud como herramienta para la identificación periódica de las conductas de riesgo y uso de sustancias, como durante las visitas por procesos agudos o urgencias, en las que pueden darse condiciones propicias para detectar e intervenir puntualmente en dichos consumos (Levy et al., 2016). Todo ello sustenta la hipótesis de que el SBIRT es un modelo válido para prevenir e intervenir de manera temprana sobre las conductas adictivas que presentan los adolescentes españoles.

De cara a la posible implantación del modelo en España, la revisión de la literatura acerca de las experiencias previas que se llevaron a cabo, pone de manifiesto que en ningún momento se ha llegado a protocolizar una verdadera sistemática de trabajo que incluya la detección precoz, la intervención breve y la derivación a tratamiento especializado. No obstante, sí que se han identificado algunas iniciativas puntuales (Alonso et al., 2016; Baz-Rodríguez et al., 2020; Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón, 2016; Falcón et al., 2018; Hospital Universitario12 de Octubre y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Villar, 2016) que, por lo general, se han centrado en el consumo de alcohol y otras sustancias y se han orientado a jóvenes y adultos, siendo muy escaso el abordaje de las adicciones comportamentales y la aplicación en ámbito pediátrico. Merece una especial mención el trabajo llevado a cabo en Cataluña, en tanto que esta comunidad fue pionera en la implementación de programas de detección precoz e intervención breve. Desde la creación del programa “Beber Menos” en 1995 (Agència de Salut Pública de Catalunya et al., 2018), investigadores del ámbito de la AP catalana han trabajado en la implementación de diversas estrategias de detección precoz e intervención breve para la reducción del consumo de alcohol (Anderson et al., 2017; Schaub et al., 2020).

Por lo que se refiere a las implicaciones prácticas, este trabajo contribuye a identificar las posibles oportunidades y desafíos que implicaría la implantación en España de un modelo de este tipo para la reducción de las adicciones con y sin sustancia entre los adolescentes. Partiendo de la necesidad de un cambio de enfoque en la labor preventiva de los dispositivos de AP, se plantea que el uso del SBIRT en las consultas de pediatría, bien ejecutado a demanda o durante los controles de salud contemplados en los “programas del niño sano”, puede ayudar a detectar los problemas de consumo de los menores en las fases iniciales. No obstante, se pone de manifiesto el esfuerzo logístico y organizativo que esto supone.

A este respecto, para una detección precoz es necesario dotar a los profesionales de instrumentos de cribado breves, fáciles de usar y validados para su uso con adolescentes. Pese a que en la literatura se pueden encontrar evidencias sobre el uso de diferentes herramientas en contextos de detección precoz e intervención breve, tales como el algoritmo propuesto por la NIAAA (Alonso et al., 2016; NIAAA, 2015), el cuestionario ASSIST (Hospital Universitario 12 de Octubre y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Humeniuk y OMS, 2010), el *Alcohol User Disorders Identification Test* [AUDIT] (Cortés-Tomás et al., 2016; Johnson et al., 2013; Rial et al., 2017) o el *Abuse Screening Test* [CRAFFT] (Cook et al., 2005; O'Connor et al., 2018; Rial, Kim-Harris, et al., 2018), estas no deberían ser incluidas en un modelo tipo SBIRT para adolescentes sin antes haber demostrado su capacidad “real” de cribado, tanto en términos de consistencia interna, como de sensibilidad y especificidad. Además, es necesario tener en cuenta que las herramientas mencionadas están orientadas al cribado del consumo de riesgo de alcohol y drogas en general y no existe suficiente evidencia clínica respecto al uso de instrumentos de cribado para el consumo de riesgo de tabaco, cannabis o adicciones sin sustancia en el contexto del SBIRT, lo que supone una dificultad añadida a la hora de diseñar e implementar un modelo como el que se plantea en el presente trabajo. No obstante, herramientas como el *Hooked On Nicotine Checklist* [HONC], el CAST, la Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes [EUPI-a], la *Game Addiction Scale for Adolescents* [GASA] o el *Brief Adolescent Gambling Screen* [BAGS] han sido validadas y/o utilizadas en nuestro entorno (Alonso-Vigil et al., 2019; Andrade et al., 2021; Cuenca-Royo et al., 2012; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009; Lloret et al., 2018; OEDA, 2022b; Rial et al., 2015), lo que las hace dignas candidatas para ser incluidas en el modelo.

En este punto, se encuadra el **segundo de los objetivos** de esta tesis, contribuir a la adaptación y validación de los diferentes instrumentos de cribado. Sobre la base de una revisión de las herramientas de cribado disponibles, que fue presentada en el 17º Congreso de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2020) y publicada en el libro “*Congreso de Actualización de Pediatría 2020*”, surge la necesidad de realizar un nuevo trabajo empírico, que sirva para poner a prueba las propiedades psicométricas del CAST (Legleye et al., 2007), ya que, aunque se trata de un cuestionario que cuenta con una dilatada trayectoria de uso en numerosos países europeos, el objetivo del cribado, la versión de corrección utilizada (completa o CAST-f y binaria o CAST-b) y las puntuaciones de corte varían según el ámbito, generando confusión en cuanto a su aplicación. Dicho trabajo, que fue publicado en la revista *Addictive Behaviors* (Rial et al., 2022) y está incluido en esta tesis por compendio, intenta arrojar claridad sobre las discrepancias halladas entorno a los puntos de corte y los procedimientos de corrección. Asimismo, analiza sus propiedades psicométricas, pero poniendo el foco en su empleo como herramienta para detectar el consumo problemático de cannabis, algo que hasta el momento no había sido ampliamente abordado. Los resultados han servido no solo para llamar la atención sobre la transcendencia que tiene utilizar el punto de corte óptimo para cada versión de corrección (en tanto que se evidencia que la utilización de un punto de corte no adecuado implica una pérdida de capacidad para informar sobre los porcentajes de consumo riesgo), sino para instar a las instituciones y a la comunidad científica a actualizar y unificar los criterios de corrección y puntos de corte, evitando así incurrir en errores de estimación.

Coincidiendo con lo señalado por los autores originales (Legleye et al., 2011), el trabajo concluye en que para utilizar el CAST-f es aconsejable optar por el punto de corte 4 y si se utiliza el CAST-b habría que optar por el punto de corte 2. Este dato resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que en España la encuesta ESTUDES viene utilizando la versión

de corrección binaria con el punto de corte 4 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009). Ello podría estar motivando la discrepancia entre la prevalencia de consumo de riesgo informada por dicha encuesta en el año 2020 (15%) (OEDA y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020) y la publicada ese mismo año en el informe ESPAD (35%) (EMCDDA, 2020), donde se aplica la misma versión de corrección pero con el punto de corte 2. Por otro lado, en cuanto a la elección de la versión de corrección, se pone de manifiesto que el CAST-f, además de conllevar una corrección más sencilla, implica una ligera mejoría de la capacidad de cribado, en tanto que el área bajo la curva ROC es ligeramente superior.

Además, desde el punto de vista de la consistencia interna, tanto el coeficiente α obtenido para la versión completa (.83), como el KR-20 obtenido para la versión binaria (.80) son altos y superiores a los calculados en otros trabajos (Bastiani et al., 2013; Legleye et al., 2012; Legleye et al., 2011). Esto pone de manifiesto que ambas versiones del CAST son válidas y fiables y que pueden ser utilizadas con garantías en el contexto de los programas de detección precoz y consejo breve para adolescente.

En lo que respecta a la estructura factorial, la mayoría de los estudios previos señalan una estructura unidimensional (Bastiani et al., 2013; Fernandez-Artamendi et al., 2012; Gyepesi et al., 2014). No obstante, dado que algunos autores han estudiado la posibilidad de una estructura bidimensional (Cuenca-Royo et al., 2012; Legleye et al., 2017), se llevó a cabo un AFC. Los resultados concluyeron que, pese a que el ajuste global es ligeramente mejor con dos factores, desde el punto de vista práctico, dada la elevada correlación entre ambos factores y la elevada consistencia interna de la escala, no existe justificación para calcular dos puntuaciones.

Por último, la elevada correlación que el CAST ha mostrado con el POSIT_{UAS} confirma lo que se venía advirtiendo en trabajos previos (Rial et al., 2019): cuando un adolescente presenta un consumo de riesgo de cannabis, es muy probable que también realice un consumo de riesgo de otras sustancias. Este resultado refuerza la idea de que la detección precoz no debe ir encaminada únicamente al cribado del consumo problemático de una sustancia, sino que, dada la interrelación que hay entre ellos, se deben valorar conjuntamente todos los posibles consumos.

En el plano de la intervención breve, la revisión de la literatura pone de manifiesto que el reto de implantar un modelo SBIRT pasa por desarrollar pautas de intervención *ad hoc*, acordes a los niveles de riesgo detectados, que vayan más allá de un conjunto de recomendaciones genéricas y, sobre todo, que demuestren ser eficaces y efectivas desde un punto de vista clínico. Resulta igualmente recomendable elaborar materiales de apoyo que refuercen la intervención, así como programas de formación para capacitar y empoderar a los profesionales de la salud (Mitchell et al., 2020). Las intervenciones se han de llevar a cabo, preferiblemente, en la misma consulta de AP, por lo que también será preciso ajustar los tiempos de atención y las agendas asistenciales (Hidalgo y Redondo, 2007). Ante este planteamiento, se aborda **un tercer objetivo** en el marco de trabajo de la presente tesis: desarrollar y poner a prueba pautas de intervención o consejo breve. Para el desarrollo de dichas pautas se contó con la ayuda de un grupo de expertos meticulosamente seleccionados. No obstante, pese a que se llegaron a desarrollar pautas de intervención adaptadas a los distintos niveles de riesgo que podían ser detectados (ANEXO III), la situación sanitaria derivada de la pandemia por SARS-Cov-2 no permitió realizar un pilotaje práctico en las consultas de pediatría de AP, por lo que no se pueden ofrecer indicadores de eficacia y efectividad, ni se han podido generar publicaciones científicas al respecto.

Por otro lado, la evidencia señala que la principal limitación para una posible implantación del modelo SBIRT en España, reside en la derivación para tratamiento especializado, no solo por

la escasez de dispositivos debidamente cualificados, dotados y adaptados para atender a los adolescentes que sufren algún trastorno adictivo (con o sin sustancia), sino también por la falta de consenso en cuanto a los criterios de derivación. Actualmente, las unidades de salud mental infanto-juvenil o las unidades de conductas adictivas constituyen la alternativa disponible para atender a estos jóvenes. No obstante, derivarlos a estos dispositivos podría suponer una sobrecarga asistencial, un incremento del tiempo de espera para la atención o incluso de incurrir en el riesgo de estigmatizar socialmente a los jóvenes que son derivados. Por ello, no solo es preciso diseñar algoritmos de derivación ágiles, sino también un plan de formación específico para los especialistas (Mitchell et al., 2020), quienes deben estar preparados para atender tanto a los adolescentes, como a sus familias. En este sentido, contar con una herramienta que respalde la decisión clínica podría suponer mayores niveles de empoderamiento de los profesionales de la salud a la hora de detectar, intervenir y derivar a aquellos jóvenes que sean susceptibles o que ya hayan desarrollado un trastorno adictivo. Así es que el **cuarto objetivo** de esta tesis pretendía aunar los diferentes instrumentos seleccionados bajo un mismo soporte informático, para que pudieran ser utilizados y corregidos de forma automática, sencilla, rápida y estandarizada por los diferentes profesionales en su práctica diaria. Con tal propósito, se diseñó una plataforma online específica del grupo USC-PSICOM, llamada e-SBIRT (ANEXO I), que se encuentra alojada en un servidor del *Centro de Supercomputación de Galicia*, atendiendo a la normativa vigente en materia de protección de datos. En ella se incluyeron las diferentes herramientas de cribado seleccionadas en base a la evidencia para la detección precoz de adicciones con y sin sustancia (ANEXO II), así como las pautas de intervención desarrolladas (ANEXO III). De forma análoga a lo sucedido con las pautas de intervención, tampoco fue posible llevar a cabo el pilotaje de la aplicación y, por lo tanto, no se han obtenido indicadores de eficacia, ni se puede informar de los resultados.

En última instancia, pese a que la revisión de la literatura acumulada durante las dos últimas décadas demuestra la existencia de evidencias clínicas y científicas suficientes para afirmar que la implementación de un modelo SBIRT es factible, eficaz y rentable, algunos autores han puesto de manifiesto que su buen funcionamiento depende en gran medida de su integración en el sistema de salud (Alinsky et al., 2020). Esto implica que los responsables de la gestión deben asegurar un meticuloso ajuste de los aspectos éticos, burocráticos y organizativos y, por supuesto, una importante dotación de liderazgo y respaldo institucional. En este sentido, el proyecto en el que se enmarca la presente tesis ha contribuido a que el objetivo de implementar un sistema de detección e intervención breve en las consultas de pediatría de AP de Galicia se haya recogido en el “Plan de Salud Mental de Galicia Poscovid-19, Periodo 2020- 2024” (Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, 2020).

Por lo que se refiere al **último de los objetivos** planteados, este proyecto constituía una magnífica oportunidad para disponer de información actualizada acerca de las nuevas tendencias y rituales de consumo. Durante el desarrollo de las fases iniciales, surgió la necesidad de actualizar y ampliar la información disponible sobre ciertas prácticas emergentes, lo que dio lugar a la elaboración de dos trabajos empíricos. Cronológicamente, el primero que tiene por título “El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos”, fue publicado en la Revista Española de Salud Pública (García-Couceiro et al., 2020). El segundo, “El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas”, publicado “en avance” en la revista Adicciones (García-Couceiro et al., 2022), ha sido seleccionado para formar parte de esta tesis por compendio. Éste responde a una necesidad observada a lo largo de los últimos años, que viene dada por la escasez de trabajos realizados en España que se ocupen de analizar con datos empíricos el uso de la cachimba entre los adolescentes. Ni tan siquiera la propia

encuesta ESTUDES proporciona suficientes datos al respecto (únicamente informa del porcentaje de estudiantes que han consumido tabaco en cachimba y de los consumidores de cannabis que lo hicieron mediante este medio en los últimos 30 días) (OEDA, 2022a). De tal modo, se presenta un trabajo original que aporta evidencia actualizada acerca de los porcentajes de uso de cachimba entre los adolescentes y sus posibles implicaciones.

En él se pone de manifiesto que estamos ante una práctica relativamente habitual entre los jóvenes. Aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes de entre 12 y 18 años ha fumado tabaco en cachimba en el último año y 1 de cada 10 cannabis, siendo esto último más común entre los chicos que entre las chicas. A pesar de que los porcentajes encontrados en la franja de edad más joven son reducidos, si estuviéramos ante una muestra representativa, el hecho de que un 3% de los jóvenes de entre 12 y 13 años hayan fumado tabaco en cachimba, supondría que aproximadamente en Galicia 1.400 niños ya se han iniciado en esa modalidad de consumo. Si se circunscriben los porcentajes a la franja de edad de 14-18 años, la consolidación del consumo se hace evidente, en tanto que afecta a 2 de cada 10 adolescentes de 14 a 16 años y a casi 4 de cada 10 de 17 a 18 años. Si bien esto coincide con lo señalado por Jorge-Araujo et al. (2017), dada la escasez de estudios epidemiológicos y datos oficiales a nivel estatal (Jorge-Araujo et al., 2017; OEDA, 2022a), resulta difícil interpretar su alcance, contrastar dichos resultados o definir tendencias.

Por otro lado, el estudio aporta nuevas evidencias empíricas acerca de los hábitos de consumo de los jóvenes gallegos. Habida cuenta de que los usuarios de cachimba presentan tasas de positivos en el AUDIT, el CAST y el CRAFFT significativamente mayores, cabría interpretar que el consumo en cachimba, además de constituir un riesgo en sí mismo, es un claro indicador de la existencia de un patrón de consumo subyacente realmente problemático, que va más allá de una simple tendencia. Las tasas de *binge drinking*, de problemas con el alcohol y con el consumo de sustancias en general se multiplica por 5 o por 6 entre los adolescentes que consumen tabaco en cachimba y hasta por 13 en el caso del cannabis. De nuevo se aportan datos que refuerzan la necesidad de implementar un modelo SBIRT con el que valorar conjuntamente todos los posibles consumos que podrían estar realizando los adolescentes.

Todo parece indicar que esta práctica se ha instalado entre los hábitos de consumo de los adolescentes, quienes, a pesar de las importantes consecuencias para la salud que conlleva (Darawshy et al., 2021; Eissenberg y Shihadeh, 2009), le atribuyen un escaso riesgo (Al-Naggar y Bobryshev, 2012; Daniels y Roman, 2013; Haroon et al., 2014; Jorge-Araujo et al., 2018). Llama la atención que si bien la literatura científica alerta de que los jóvenes fumadores de cachimba podrían desarrollar dependencia antes que los fumadores de cigarrillos tradicionales (Bahelah et al., 2016), los adolescentes atribuyen más riesgo al consumo de diez cigarrillos en un mismo día que al consumo de tabaco en cachimba. En este sentido, es necesario instar a los profesionales de la salud a ser conscientes de la creciente importancia que tienen las nuevas modalidades de consumo y de la necesidad de abordar y modular la percepción de riesgo durante las intervenciones que se lleven a cabo en el contexto del modelo SBIRT.

A la hora de buscar posibles predictores, se ha podido evidenciar la importancia que tienen ciertas variables de carácter “familiar”, como la hora de llegar a casa y el dinero disponible, o algunas de carácter estructural, como la participación en botellones. Esto refuerza la idea de que las intervenciones han de estar orientadas tanto los adolescentes como a sus familias. Asimismo, entender el consumo de cachimba implica entender el contexto en el que los adolescentes lo realizan. Los resultados obtenidos señalan que aquellos adolescentes que acuden a botellones presentan tasas entre 9 y 12 veces mayores de consumo en cachimba. Por tanto, parece difícil poder disminuir su consumo sin abordar el problema del botellón (García-Couceiro et al., 2020).

Para finalizar, cabe añadir una serie de puntualizaciones acerca de las limitaciones de esta investigación y de las futuras líneas de trabajo que se derivan de la misma. Por lo que respecta a las limitaciones, hay que recordar que el objetivo inicial del proyecto en el que se enmarca esta tesis era diseñar y pilotar un sistema basado en el modelo SBIRT en centros de AP del *Servizo Galego de Saúde*. Haciendo un ejercicio de autocrítica y honestidad, se ha de reconocer que, a pesar de haber conseguido grandes avances en relación con el diseño, las limitaciones que concurrieron durante el trabajo (algunas de ellas sobrevenidas por la irrupción de la pandemia por SARS-Cov-2) han dificultado alcanzar por completo dicho objetivo. El hecho de no haber podido pilotar la aplicación e-SBIRT en las consultas de pediatría de AP, ha impedido, en primer lugar, identificar posibles dificultades relacionadas con su ejecución en el día a día de las consultas. A pesar de que dichas dificultades se intentaron precisar y anticipar durante el diseño (integrando en el grupo de trabajo a diferentes especialistas de la AP y realizando cursos de formación con pediatras y enfermeras), no se dispone de datos empíricos que permitan definir las con exactitud. Del mismo modo, sería deseable también analizar la implementación del modelo desde una perspectiva cualitativa, pudiendo incorporar a los resultados las percepciones y el sentir de los profesionales que piloten el sistema.

Por otro lado, con relación a los instrumentos de cribado, la propia estructura del modelo SBIRT determina la necesidad de identificar dos puntos de corte: uno que discrimine entre riesgo bajo y moderado y otro entre riesgo moderado y alto. Pese a que los puntos de corte que utiliza el e-SBIRT fueron seleccionados en base a la evidencia, no se ha podido verificar empíricamente y con los análisis oportunos cual es la capacidad de cribado para cada uno de ellos. Sería necesario llevar a cabo durante el pilotaje un proceso de recogida de datos basado en entrevistas individuales, garantizando así un *Gold Standard* que permitiera analizar con precisión dicha capacidad de cribado.

Además, no todos los instrumentos seleccionados gozan del mismo aval empírico con adolescentes españoles. Algunos de ellos, como el EUPI, el GASA o el AUDIT han sido validados en nuestro país y hay suficiente evidencia acerca de su buen funcionamiento (Lloret et al. 2018; Rial et al. 2017; Rial et al. 2015). Sin embargo, otros como el HONC apenas han sido utilizados en nuestro entorno. En este sentido, el *Center for Adolescent Behavioral Health Research* (CABHRe) ha desarrollado recientemente la versión 2.1+N del cuestionario CRAFFT (Knight y MD Boston Children's Hospital, 2020). En ella se incorpora al clásico CRAFFT, el cuestionario HONC, con el objetivo de recabar información adicional sobre consumo de tabaco y nicotina. El grupo USC-PSICOM ha colaborado con el CABHRe para adaptar al castellano ambos cuestionarios y actualmente está trabajando en un estudio de validación.

Desde el punto de vista de las pautas de intervención, consideramos necesario profundizar en la diferencia entre consejo o intervención y tratamiento breve. El consejo o la intervención breve se lleva a cabo cuando existe un riesgo bajo y comprende de una a cinco sesiones que duran entre 5 minutos y 1 hora. Tiene como objetivo educar a los jóvenes y aumentar la motivación para reducir comportamientos de riesgo, para lo que se suele utilizar un enfoque de entrevista motivacional. Por su parte, el tratamiento breve está dirigido a aquellos pacientes con consumos moderados o altos, por lo que su duración ha de ser mayor (entre cinco y doce sesiones de 1 hora) y con una metodología más compleja que suele combinar la mejora de la motivación y la terapia cognitivo-conductual (Barbosa et al. 2017). Parece factible que los profesionales de los servicios de pediatría de AP se entrenen en técnicas de entrevista motivacional y puedan asumir el consejo breve. No obstante, para los casos en los que esté indicado un tratamiento breve, habría que valorar si realmente interesa contar en los centros de

AP con el soporte de un profesional especialista en salud mental. De igual modo, es necesario pilotar el modelo en las consultas para poder incorporar al sistema medidas de eficacia y efectividad al respecto de dichas intervenciones.

Por último, a pesar de que las pautas de intervención breve que se han elaborado incluyen indicaciones de derivación para los casos de consumos más graves, no se han desarrollado verdaderos algoritmos de derivación. En este sentido, existen serias dificultades debido a que no todas las áreas sanitarias cuentan con dispositivos y/o con el personal especializado necesario para abordar las adicciones con y sin sustancia de los adolescentes. Por tanto, para este cometido, es necesario contar con el consenso de los expertos y el aval y la participación de los responsables del *Servizo Galego de Saúde*, que han de valorar cada una de las situaciones específicas y las posibilidades de derivación de cada área.

Más allá del pilotaje del modelo, queda pendiente realizar nuevos esfuerzos. En primer lugar, dado que estamos ante conductas muy extendidas que afectan a gran parte de los jóvenes, queda por resolver cómo vincular el cribado de las adicciones a los controles de salud del “Programa del Niño Sano”, dotando a los servicios públicos de un sistema de cribado rutinario que pueda ser usado no solo selectivamente, sino también de manera sistemática (*mass screening*). Asimismo, considerando las implicaciones que tienen los consumos de sustancias y las adicciones sin sustancia para la salud física y mental de los adolescentes, es fundamental incorporar la información sobre el cribado a la historia clínica electrónica. En este sentido, se anticipa la necesidad de adaptar y sincronizar ambos sistemas para llevar a cabo automáticamente tal cometido. Por otro lado, teniendo en cuenta que los adolescentes debutan con conductas adictivas en torno a los 12-18 años y la atención pediátrica abarca solamente hasta los 14 años, no sería lógico limitar el cribado a los servicios de pediatría. Así es que se contempla la idoneidad de hacer extensivo el modelo a los servicios de medicina de familia de AP. En último lugar, puesto que históricamente las actividades preventivas se centran en el ámbito educativo, cabría explorar la posibilidad de pilotar el sistema en los gabinetes escolares y que los centros tengan la posibilidad de disponer de la plataforma e-SBIRT, tanto para realizar *mass screening*, como cribados selectivos.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

Para concluir, en un intento por integrar los resultados de los tres trabajos presentados y resumir las aportaciones de esta tesis, es posible trazar cuatro grandes ideas fuerza que derivan de la misma:

1. Los consumos y las adicciones suponen un problema serio que afecta a un número elevado de adolescentes y, en virtud de las tempranas edades de inicio, incluso a un porcentaje significativo de niños y niñas. Haciendo honor al dinamismo tradicional de los consumos de sustancias, en los últimos años los expertos han pasado de poner el foco en el consumo de aquellas sustancias que conllevan un patrón de comportamiento social más desadaptativo (alcohol, cocaína, heroína o anfetaminas), para volcarse en el consumo de sustancias socialmente aceptadas (alcohol, tabaco y cannabis) y, por supuesto, en las ya archiconocidas adicciones sin sustancia. Los resultados de este trabajo contribuyen a dimensionar mejor la verdadera transcendencia del problema que suponen en la actualidad las adicciones y, consecuentemente, a sensibilizar a la sociedad y a los poderes públicos, quienes han de respaldar y liderar los cambios legislativos y las políticas de prevención.
2. El trabajo sirvió también para poner en evidencia la necesidad de un cambio de paradigma en la labor de prevención de los servicios socio-sanitarios. Si bien es cierto que técnicos de prevención y profesionales del ámbito educativo vienen desarrollando una importante labor en el terreno de la prevención desde hace años, los elevados niveles de prevalencia que continúan mostrando las diferentes adicciones, la falta de descensos significativos en las tendencias de consumo, las tempranas edades de inicio y los riesgos asociados justifican la puesta en marcha de nuevas estrategias preventivas. El contexto sanitario es el idóneo para desarrollar programas de detección e intervención precoz. Concretamente, las consultas de pediatría reúnen las condiciones óptimas para implementar un modelo tipo SBIRT para la detección precoz, la intervención breve y la derivación a tratamiento especializado de adicciones con y sin sustancia en adolescentes. Los resultados de esta tesis han servido para contribuir al diseño del modelo, aportando evidencia acerca de sus virtudes y sus debilidades.
3. A pesar de que la implementación del modelo SBIRT en las consultas de pediatría de AP supone una oportunidad, implica también ciertos desafíos. La selección y adaptación de herramientas de cribado que permitan establecer correctamente los niveles de riesgo, junto con el desarrollo de pautas de intervención y remisión a tratamiento especializado constituirían los principales retos del diseño. Este trabajo aporta evidencia sobre las propiedades psicométricas del CAST para ser utilizado como herramienta de detección de uso problemático de cannabis. Los resultados ponen de manifiesto que el CAST es una herramienta válida y fiable que puede ser incluida en un modelo tipo SBIRT para la detección precoz del consumo problemático de cannabis en adolescentes.
4. Diseñar programas de prevención exige un estudio regular de los contextos de consumo. Ello implica, además, ser sensible a la aparición de nuevas modalidades y patrones de consumo. Los resultados aportados por este trabajo confirman que el uso de la cachimba constituye una práctica relativamente extendida en la adolescencia, que además de serias implicaciones para la salud, conforma un claro indicador de un patrón de consumo subyacente realmente problemático. Ello contribuye a entender el actual fenómeno de

las adicciones, en que los rituales de consumo que forman parte del ocio de los jóvenes cobran un importante protagonismo.

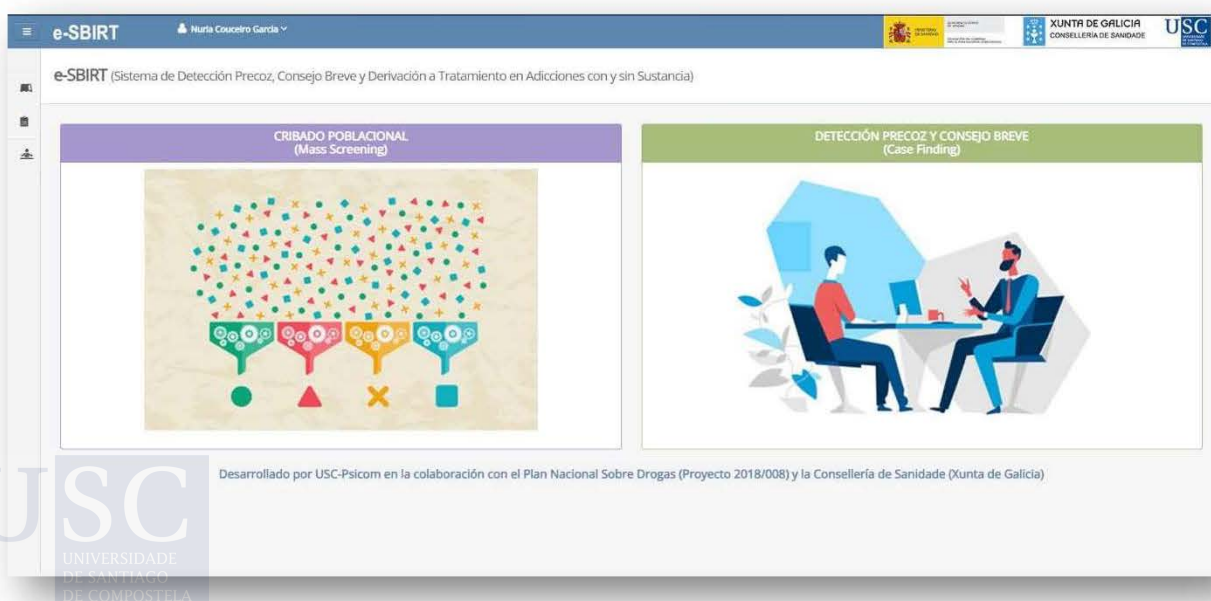
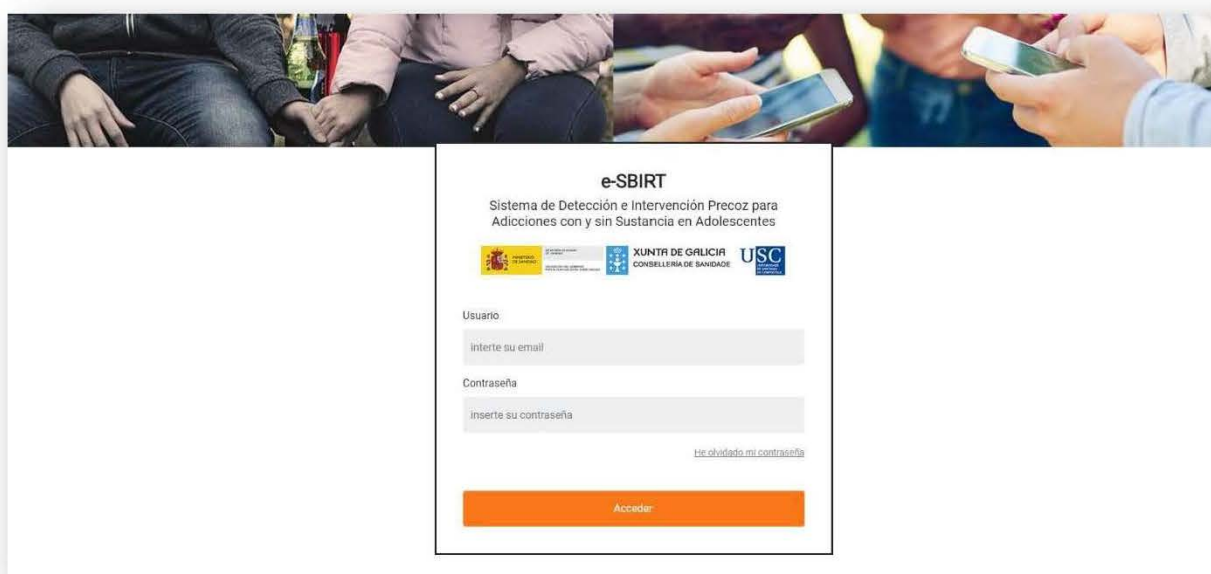
En definitiva, este trabajo espera haber contribuido a destacar la necesidad de un cambio en la labor preventiva de los dispositivos de pediatría de AP. No obstante, más allá de esta tesis de doctorado, el proyecto en el que se enmarca la misma ha contribuido ya a que el objetivo de implementar un sistema de detección e intervención breve en las consultas de pediatría de AP de Galicia se haya recogido en el “Plan de Salud Mental de Galicia Poscovid-19, Periodo 2020-2024”. Esto constituye, sin duda, un hito en la prevención de las adicciones con y sin sustancia en Galicia y esperamos que el SBIRT, en poco tiempo, llegue a ser una realidad.

7. ANEXOS

7. ANEXOS

ANEXO I

Aplicación e-SBIRT diseñada al amparo del proyecto de investigación financiado por el PND (Ref. 2018/008. BOE 22/06/2018).





e-SBIRT Nuria Couceiro García

Home > Juegos (BAGS)

e-SBIRT (Sistema de Detección Precoz, Consejo Breve y Derivación a Tratamiento en Adicciones con y sin Sustancia)

Test Juegos (BAGS)

Sexo: Femenino
Edad: 15 años

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES...

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre o casi siempre
P1. ¿Con qué frecuencia has ocultado a tu familia que jugabas o apostabas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
P2. ¿Con qué frecuencia has llegado a pensar que podías tener un problema con el juego o con las apuestas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P3. ¿Con qué frecuencia has evitado pasar tiempo con amigos/as que no jugaban o apostaban para pasarlo con otros/as que sí lo hacían?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ejecutar CRIBADO

e-SBIRT Nuria Couceiro García

Home > Juegos (BAGS) > Informe

e-SBIRT (Sistema de Detección Precoz, Consejo Breve y Derivación a Tratamiento en Adicciones con y sin Sustancia)

Test de Juegos (BAGS) | 23/05/2022 - 16:30

Imprimir Informe

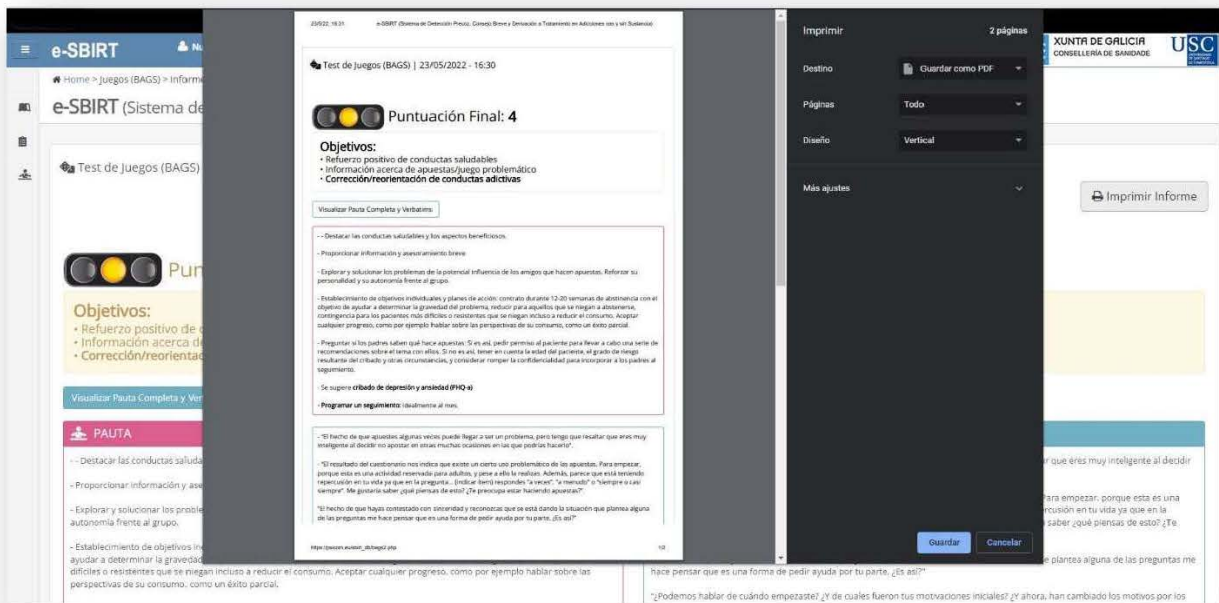
Puntuación Final: 4

Objetivos:

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca de apuestas/juego problemático
- Corrección/reorientación de conductas adictivas

Visualizar Pauta Completa y Verbatim

Preguntas del Test	Respuestas
P1. ¿Con qué frecuencia has ocultado a tu familia que jugabas o apostabas?	A menudo
P2. ¿Con qué frecuencia has llegado a pensar que podías tener un problema con el juego o con las apuestas?	A veces
P3. ¿Con qué frecuencia has evitado pasar tiempo con amigos/as que no jugaban o apostaban para pasarlo con otros/as que sí lo hacían?	A veces



ANEXO II

Fichas de los instrumentos de cribado incluidos en la aplicación e-SBIRT.

CRAFFT		Abuse Screening Test	
Autores	~ Knight et al. 1999 (Versión Original), ~ The Center for Adolescent Substance Use Research, 2018 (Versión 2.1)		
Procedencia	Desarrollado en Boston (EE.UU.), por el Center for Adolescents Substance Abuse Research (CeASAR), con el objetivo de identificar de manera temprana a niños y jóvenes menores de 21 años que presentan un alto riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol u otras drogas.		
Adaptación española	~ Rial et al. (2019) (Versión original) ~ Rial et al. (2021) (Versión 2.1)		
Finalidad	• Detección del consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias		
Características	Está compuesto por 6 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), precedidos de 3 ítems adicionales que actúan de filtro. En la versión 2.1 esos ítems de filtro registran las frecuencias de consumo.		
Ámbito de aplicación	Adolescentes		
Tipo de aplicación	Autoadministrado o mediante entrevista		
Tiempo de administración	Menos de 5 minutos		
Corrección	Los 6 ítems de respuesta dicotómica son puntuados con un 0 o un 1 en función de si el adolescente responde afirmativamente o no. La puntuación teórica oscila de 0 a 6.		
Puntos de corte			
0-1	Bajo riesgo		
2	Riesgo medio		
≥ 3	Riesgo alto. Necesidad de derivación y/o seguimiento		
Propiedades psicométricas de la validación española (Rial et. al 2019)			
α de Cronbach	0,74	Área bajo la curva ROC	0,946
Sensibilidad	74,4%	VPP	88,4%
Especificidad	96,4%	VPN	91,1%

Referencias:

Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L.A., Harris, S.K. y Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test among adolescent clinical patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 607–614. doi:10.1001/archpedi.156.6.607

Knight, J.R., Shrier, L.A., Bravender, T.D., Farrell, M., Vander Bilt, J. y Shaffer, H.J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 591–596. doi:10.1001/archpedi.153.6.591.

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., & Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160-169. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1105

The Center for Adolescent Substance Use Research (2018) The CRAFFT 2.1 Manual. https://craftt.org/wp-content/uploads/2018/08/FINAL-CRAFFT-2.1_provider_manual_with-CRAFFTN_2018-04-23.pdf

CRAFFT

Parte A

En los **ÚLTIMOS 12 MESES** ¿cuántos días...?

1. ¿Bebiste cerveza, vino o cualquier otra bebida alcohólica (más de unos pocos tragos)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Nº de días</small>
2. ¿Consumiste cannabis (hachís, marihuana, hierba, aceite de hachís...), ya sea fumado, vapeado, en pipas o cachimbas, dabbing, bong, en algún preparado comestible; o cannabis sintético (K2, Spice, "pescao"...)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Nº de días</small>
3. ¿Consumiste alguna otra sustancia para colocarte (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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Nº de días</small>

SI HAS RESPONDIDO...

"0" a **TODAS** las preguntas anteriores
 Debes **CONTESTAR SOLO** a la **PREGUNTA 5** de la parte B. ↓

"1" o un número mayor a **CUALQUIERA** de las **PREGUNTAS 1, 2, o 3**
 Debes **CONTESTAR a TODAS** las **PREGUNTAS** de la Parte B, desde la 5 hasta la 10. ↓

Parte B

Marca **"Sí"** o **"No"** en cada pregunta

5. ¿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
6. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para RELAJARTE , sentirte mejor contigo mismo/a o encajar en un grupo?	No	Sí
7. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú SOLO/A , sin compañía?	No	Sí
8. ¿Alguna vez te has OLVIDADO de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	No	Sí
9. ¿Alguna vez tu FAMILIA o AMIGOS/AS te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
10. ¿Alguna vez te has metido en LÍOS mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	No	Sí



HONC The Hooked On Nicotine Checklist

Autores	DiFranza, J. R et al. (2002)
Procedencia	Fue creada en el año 2002 por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, del Centro de Investigación y Tratamiento del Tabaco del Hospital General de Massachusetts, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard y de la Escuela de Medicina del St George's Hospital, Londres.
Adaptación española	Knight, J.R. & MD, Boston Children's Hospital, 2020.
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Detección del inicio de la dependencia de la nicotina (ND)
Características	Instrumento compuesto por 10 ítems dicotómicos (sí/no)
Ámbito de aplicación	Adolescentes
Tipo de aplicación	Autoadministrado o aplicado mediante entrevista
Tiempo de administración	Menos de 5 minutos
Corrección	<ul style="list-style-type: none"> • Una respuesta positiva a cualquier ítem del HONC indica una pérdida de autonomía y la aparición de ND, mientras que el número de respuestas positivas refleja el grado de dependencia.

Puntos de corte	
Ninguna respuesta afirmativa	Sin evidencia de problema
1 respuesta afirmativa	Riesgo moderado de dependencia de nicotina
≥2 respuestas afirmativas	Riesgo alto de dependencia de nicotina. Necesidad de derivación y/o seguimiento

Propiedades psicométricas	
α de Cronbach	0.90
Sensibilidad	-
Especificidad	-

Referencias:

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Coleman, M., y Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(4), 397–403. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.4.397>

Knight, J.R. y MD, Boston Children's Hospital (2020). El cuestionario CRAFFT (versión 2.1+N). Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe). <https://craftt.org/get-the-craftt/>

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., y DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 35(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.10.004>

HONC

Las siguientes preguntas tratan sobre tu **consumo de tabaco** y/o sobre tu uso de *vapers con nicotina* y/o **sabores**. Marca tu respuesta para cada pregunta.

Marca "Sí" o "No" en cada pregunta

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

AUDIT		Alcohol User Disorders Identification Test	
Autores	Saunders et al. (1993)		
Procedencia	Organización Mundial de la Salud (OMS)		
Adaptación española	<ul style="list-style-type: none"> ~ Rial et al. (2017) (Adolescentes) ~ García Carretero (2016) (Población universitaria) 		
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Detección del consumo problemático de alcohol 		
Características	Consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert (0-4), que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítem 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítem 7-10)		
Ámbito de aplicación	Adultos y adolescentes		
Tipo de aplicación	Autoadministrado		
Tiempo de administración	Menos de 5 minutos		
Corrección	<ul style="list-style-type: none"> • El ítem 1 puntúa en una escala de 0 ("nunca") a 4 ("4 o más veces a la semana") • Desde el ítem 2 hasta el 8 puntúan en una escala de 0 ("nunca") a 4 ("todos o casi todos los días de la semana") • Los ítems 9 y 10 puntúan con 0, 2 ó 4 puntos (3 categorías), correspondiendo el 0 a "nunca" y el 4 a "sí, en el último año" • La puntuación global puede oscilar entre 0 y 40 		
Puntos de corte			
0-3	Sin evidencia de problema		
4-6	Consumo problemático de alcohol		
≥7	Posible Trastorno por consumo de alcohol. Necesidad de seguimiento y/o derivación		
Propiedades psicométricas de la validación española (Rial et. al 2017)			
α de Cronbach	0,82	Área bajo la curva ROC	0,96
Sensibilidad	86,4%	VPP	66,9%
Especificidad	89,8%	VPN	96,5%

Referencias:

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Cortés-Tomás, M.-T., Giménez-Costa, J.-A., Motos-Sellés, P., & Sancerni-Beitia, M.-D. (2016). Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening instruments for underage binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 158, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.033>
- García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194. <https://doi.org/10.20882/adicciones.775>
- Rial, A., Golpe, S., Braña, T., & Varela, J. (2017). Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 371-386.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

AUDIT (Alcohol User Disorders Identification Test)

Pensando en los ÚLTIMOS 12 MESES...

(Marca la respuesta que más se ajuste a tu caso)

	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
1. ¿Con qué frecuencia has consumido alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Pasa a la 3 si NUNCA has bebido alcohol)

	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 o más
2. Por lo general, ¿cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles hacer los días que bebes alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Menos de una vez al mes	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Todos o casi todos los días
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia en el último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia en el último año has necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia en el último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia en el último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año
9. ¿Tú o alguna otra persona habéis resultado heridos porque tú habías bebido alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAST Cannabis Abuse Screening Test

Autores	Legleye, Karila, Beck y Reynaud (2007)
Procedencia	Fue desarrollada en Francia en el año 2002 como parte de la encuesta ESCAPAD, en la que participan estudiantes de 17 a 19 años (Beck et al., 2003).
Adaptación española	~ García-Couceiro et al. (2021) ~ Rial et al. (en prensa) ~ Cuenca-Royo et al. (2012)
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Detección del consumo problemático de cannabis. • Ha sido validado también para la detección del trastorno por abuso de cannabis y para la dependencia de cannabis (Cuenca-Royo et al., 2012).
Características	Es una escala compuesta por 6 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuestas, ("Nunca" [0], "Raras veces" [1], "A veces" [2], "Bastante a menudo" [3] y "Muy a menudo" [4]).
Ámbito de aplicación	Adolescentes
Tipo de administración	Autoadministrado
Tiempo de administración	Menos de 5 minutos
Corrección	Existen dos versiones de corrección: <ul style="list-style-type: none"> • Una completa (CAST-f) en el que la puntuación de cada ítem va de 0 a 4 y la puntuación final de 0 a 24. • Una versión binaria (CAST-b), en la que cada ítem puntúa 0 o 1 y la puntuación final va de 0 a 6. Para esta, el umbral de positividad varía en función de la pregunta: para las dos primeras preguntas el umbral se sitúa en "a veces" (ya que no detectan problemas, sino frecuencias de uso en algunos contextos) y para las demás en "raras veces" (Legleye et al., 2007).

Puntos de corte			
CAST-F		CAST-B	
0-3	Sin evidencia de problema	0-1	Sin evidencia de problema
4-8*	Consumo problemático de cannabis	2-3*	Consumo problemático de cannabis
≥9**	Posible trastorno por consumo de cannabis. Necesidad de seguimiento y/o derivación	≥4**	Posible trastorno por consumo de cannabis. Necesidad de seguimiento y/o derivación

* Punto de corte validado por Rial et. al (2021) para el uso problemático de cannabis (≥4)

** Punto de corte validado por Cuenca-Royo et al. (2021) para el trastorno por uso de cannabis (≥2)

Propiedades psicométricas de la validación española -CAST-b- (Rial et. al 2022)			
α de Cronbach	.80	Área bajo la curva ROC	.68
Sensibilidad	37 %	VPP	97%
Especificidad	91 %	VPN	17%

Referencias:

Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37(6), 709-715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>

García-Couceiro, N., Golpe, S., Braña, T., Varela, J., y Rial, A. Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Garantías psicométricas para la detección del consumo de riesgo en adolescentes. En: Isorna M, Villanueva V, Rial A. Cannabis: evidencia científica vs. controversia social. Madrid: Dykinson; 2021. p.137-148.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

¿Con qué frecuencia te han ocurrido en los ÚLTIMOS 12 MESES alguna de las siguientes circunstancias?
(Marca la opción que se ajuste mejor a tu caso)

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Has consumido cánnabis (marihuana ou hachis) antes del mediodía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has consumido cánnabis estando solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido problemas de memoria al consumir cánnabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cánnabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir cánnabis sin conseguirlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cánnabis (disputas, peleas, accidentes, malos resultados escolares...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EUPI-a		Escala de Uso Problemático de Internet para adolescentes	
Autores	Rial et al. (2015)		
Procedencia	Desarrollada originalmente para adolescentes españoles. Utilizada en diferentes comunidades autónomas, en Latinoamérica y en pediatría de Atención Primaria.		
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> Detección el uso problemático de internet 		
Características	Está compuesto por 11 ítems con respuesta tipo Likert con valores entre 0 y 4.		
Ámbito de aplicación	Adolescentes		
Tipo de aplicación	Autoadministrado		
Tiempo de administración	Inferior a 5 minutos		
Corrección	<ul style="list-style-type: none"> Se suman las puntuaciones y se obtienen una puntuación total entre 0 y 44 		
Puntos de corte			
0-15	Sin evidencia de problema		
16-24	Uso problemático de Internet		
≥25	Posible Uso Patológico. Necesidad de derivación y/o seguimiento		
Propiedades psicométricas de la versión original (Rial et al. 2015)			
α de Cronbach	0.82	Área bajo la curva ROC	0.88
Sensibilidad	81%	VPP	-
Especificidad	82.6%	VPN	-

Referencias:

Baz-Rodríguez, M., González-Formoso, C., Goicoechea-Castaño, A., Álvarez-Vázquez, E., García-Cendón, C., Rial-Boubeta, A., & Clavería, A. (2020). Detección precoz del uso problemático de internet en adolescentes, en pediatría de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*, 94, 1-12.

Rial Boubeta, A., Gómez Salgado, P., Isorna Folgar, M., Araujo Gallego, M., & Varela Mallou, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. *Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones*, 27(1), 47. <https://doi.org/10.20882/adicciones.193>

EUPI-a (Escala de Uso Problemático de Internet para adolescentes)

¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses te ha ocurrido que...?	Nunca	Casí nunca	A veces	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Cuándo te conectas sientes que el tiempo vuela y pasan las horas sin darte cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has intentado controlar o reducir el uso que haces de Internet, pero no has sido capaz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has descuidado algunas tareas escolares o rendido menos en los exámenes por conectarte a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has necesitado pasar cada vez más tiempo conectada/o a Internet para sentirte a gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te has irritado o te has puesto de mal humor por no haber podido conectarte a Internet o por haber tenido que desconectarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has mentido a tus padres o a tu familia sobre el tiempo que pasas conectada/o a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has dejado de hacer cosas que antes te interesaban (hobbies, deportes, etc.) para poder conectarte a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te has conectado a Internet a pesar de que sabías que no debías o que podría incluso traerte problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te ha molestado mucho pasar horas sin conectarte a Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido la sensación de que si no te conectabas podrías estar perdiéndote algo realmente importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Has hecho o dicho cosas por Internet que no harías o dirías en persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GASA Game Addiction Scale for Adolescents

Autores	Lemmens et al. (2009)
Procedencia	The Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), University of Amsterdam, (Países Bajos)
Adaptación española	Lloret et al. (2018)
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de la adicción al juego para adolescentes
Características	Originalmente compuesta por 21 ítems. Su versión reducida está compuesta por sólo 7 ítems. Cada ítem se corresponde a un criterio: saliencia, tolerancia, emoción, abstinencia, recaídas, conflictividad y problemas. La puntuación de cada uno de ellos oscila entre 1 ["Nunca"] y 5 ["Muy a menudo"]
Ámbito de aplicación	Adolescentes
Tipo de aplicación	Autoadministrado
Tiempo de administración	Inferior a 5 minutos
Corrección	<ul style="list-style-type: none"> • Cada criterio se considera "cumplido" si tiene una puntuación de 3 ["a veces"], 4 ["a menudo"] o 5 ["muy a menudo"]. La puntuación final es la suma de los criterios cumplidos.

Puntos de corte	
0-3 criterios cumplidos	Sin evidencia de problema
4-6 criterios cumplidos	Uso problemático de videojuegos
7 criterios cumplidos	Posible Trastorno por Uso de Videojuegos. Necesidad de derivación y/o seguimiento

Propiedades psicométricas*			
α de Cronbach	0.81-0.83	Área bajo la curva ROC	-
Sensibilidad	-	VPP	-
Especificidad	-	VPN	-

* No se informan en el trabajo de Lloret, ni en el de Lemmens

Referencias:

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77-95. <https://doi.org/10.1080/15213260802669458>

Lloret Irlés, D., Morell Gomis, R., Marzo Campos, J. C., & Tirado González, S. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*, 50(6), 350-358. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.015>

GASA (Game Addiction Scale for Adolescents)

En los últimos 12 meses...	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿A lo largo del día piensas en varios momentos en jugar a videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sientes que dedicas cada vez más tiempo a los videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Juegas para olvidarte de los problemas del día a día y evadirte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te dicen que debes dedicar menos tiempo a los videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te sientes mal por no poder jugar a videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Discutes con tus padres, familia o amigas/os por el tiempo que dedicas a los videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Dejas de atender actividades importantes (estudios, familia, deportes...) por jugar a videojuegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAGS		Brief Adolescents Gambling Screen	
Autores	Stinchfield et al., 2017		
Procedencia	Procede de la Gambling Problem Severity Subscale (GPSS) del Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) (24 ÍTEMS).		
Adaptación española	Un estudio reciente con adolescentes gallegos (Rial et al., 2020) ha evidenciado buen comportamiento psicométrico, aunque no se ha podido informar de su sensibilidad y especificidad.		
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> Detección de juego problemático en adolescentes 		
Características	Muy breve y sencilla. Compuesta por 3 ítems que puntúan de 0 a 3.		
Ámbito de aplicación	Adolescentes		
Tipo de aplicación	Autoadministrado		
Tiempo de administración	Inferior a 5 minutos.		
Corrección	<ul style="list-style-type: none"> Se suman las puntuaciones de los tres ítems. La puntuación final oscila entre 0 y 9. 		
Puntos de corte			
0-3 puntos	Sin evidencia de problema.		
4-5 puntos	Juego problemático		
≥ 6	Posible Trastorno por juego. Necesidad de seguimiento y/o derivación		
Propiedades psicométricas			
α de Cronbach	.72	Área bajo la curva ROC	-
Sensibilidad	.88	VPP	-
Especificidad	.98	VPN	-

Referencias:

Stinchfield, R., Wynne, H., Wiebe, J., & Tremblay, J. (2017). Development and Psychometric Evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). *Frontiers in psychology*, 8, 2204. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02204>

BAGS (Brief Adolescents Gambling Screen)

En los últimos 12 meses...	Nunca	A veces	A menudo	Siempre o Casi Siempre
1. ¿Con qué frecuencia has ocultado a tu familia que jugabas o apostabas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia has llegado a pensar que podías tener un problema con el juego o con las apuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia has evitado pasar tiempo con amigos/as que no jugaban o apostaban para pasarlo con otros/as que sí lo hacían?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III

Ejemplos pautas de consejo breve incluidas en la aplicación e-SBIRT

PAUTA	
NO CONSUME NINGÚN TIPO DE SUSTANCIA	
OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo positivo de conductas saludables • Información acerca del consumo de drogas 	
PAUTA	VERBATIMS
<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las opciones saludables con elogio y aliento. - Obtener y reafirmar las razones para no consumir drogas. - Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que consumen drogas. - Explorar creencias acerca de los efectos positivos o beneficiosos del alcohol. - Explorar posibles preocupaciones o inquietudes en el momento presente y en los principales contextos de su vida (familiar, escolar, amigos...) que podrían llegar a constituir factores de riesgo para iniciarse en el consumo. - Explorar los conocimientos que posee sobre el consumo de alcohol e informar. Si el paciente está abierto a recibir información, ayudarle a entender, por ejemplo, que (1) existe relación entre el consumo de drogas y ciertas enfermedades fisiológicas, tanto respiratorias, como cardiovasculares (2) las drogas son la principal causa de desarrollo de enfermedades mentales (3) las drogas deterioran las relaciones sociales, familiares y ocasionan fracaso escolar y (4) aunque el consumo sea de manera puntual, las drogas en general pueden producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes - Cribar en un año, como muy tarde 	<ul style="list-style-type: none"> - "Has tomado una decisión inteligente al decidir no consumir drogas" - "¿Qué fue lo que te llevó a la decisión de mantenerte alejado de las drogas?". Posible continuación: "Son muy buenas razones y demuestran que realmente te preocupas por ti mismo y tu futuro". - Si los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) consumen drogas, añadir: "... sobre todo cuando tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) han optado por consumirlas". - "¿Qué sensaciones o efectos positivos/agradables crees que se experimenta al beber alcohol?" - "¿Hay algo que te preocupe en este momento?" (Si no menciona nada de manera espontánea se podría hacer alusión a los diferentes contextos de interés). - "¿Qué sabes acerca del consumo de alcohol?" - "Como sanitario, mi recomendación es que continúes sin consumir alcohol, marihuana u otras drogas porque pueden... dañar tu cerebro en desarrollo, interferir con el aprendizaje, ponerte en situaciones vergonzosas, peligrosas...". "Tienes mucho futuro. No me gustaría ver como el alcohol o las drogas se interponen en su camino para lograr sus metas". (personalice esto con uno de sus intereses: p.ej. "Serás una gran abogada", "llegarás lejos en el atletismo")





PAUTA
CONSUMO DE OTRAS DROGAS: Riesgo BAJO
 CRAFFT <2

OBJETIVOS

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca del consumo de drogas
- Recaltar los riesgos de viajar con un conductor que está bajo la influencia de drogas y / o alcohol y de conducir mientras uno mismo se encuentran bajo la influencia de este.

PAUTA	VERBATIMS
<p>- Reforzar las opciones saludables con elogio y aliento.</p> <p>- Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que consumen drogas.</p> <p>- Obtener y reafirmar las razones para no consumir drogas.</p> <p>- Indagar sobre la/s sustancias que probó y los efectos que experimentó cuando la/s probó (positivos y negativos).</p> <p>- Explorar sus conocimientos y creencias (positivas y negativas) acerca de las drogas para adaptar la información.</p> <p>- Informar: Si el paciente está abierto a recibir información, ayudarle a entender, por ejemplo, que (1) existe relación entre el consumo de drogas y ciertas enfermedades fisiológicas, tanto respiratorias, como cardiovasculares (2) las drogas son la principal causa de desarrollo de enfermedades mentales (3) las drogas deterioran las relaciones sociales, familiares y ocasionan fracaso escolar y (4) aunque el consumo sea de manera puntual, las drogas en general pueden producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes.</p> <p>- Discutir sobre los riesgos de viajar con un conductor que está bajo la influencia de drogas y/o alcohol y de conducir mientras uno mismo se encuentran bajo la influencia de este.</p> <p>- Fomentar una conversación entre los adolescentes y los padres sobre el uso de sustancias y los riesgos de conducir o andar en bicicleta</p> <p>- Cribar en un año, como muy tarde</p>	<p>- "Quiero felicitarte porque a pesar de que estoy seguro de que has recibido presiones para consumir drogas y, en alguna ocasión las has probado, veo que no tienes un consumo problemático. Decidir no consumir drogas es una decisión inteligente"</p> <p>- "¿Tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) suelen consumir drogas?"</p> <p>- "¿Qué fue lo que te llevó a tomar la decisión de mantenerte alejado de las drogas?". Posible continuación: "Son muy buenas razones y demuestran que realmente te preocupas por ti mismo y tu futuro".</p> <p>- Si los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) consumen drogas, añadir: "... sobre todo cuando tus amigos/hermanos han optado por consumirlas".</p> <p>- "¿Qué tipo de sustancia has probado? ¿Cuándo fue y por qué motivo?" "¿qué efectos o sensaciones positivas notaste? ¿y negativas?"</p> <p>- "¿Qué sabes/opinas sobre el consumo de drogas?"</p> <p>- "Como sanitario, mi recomendación es que continúes sin consumir alcohol, marihuana u otras drogas porque pueden... dañar tu cerebro en desarrollo, interferir con el aprendizaje, ponerte en situaciones vergonzosas, peligrosas...". "Tienes mucho futuro. No me gustaría ver como el alcohol o las drogas se interponen en su camino para lograr sus metas". (personalice esto con uno de sus intereses: p.ej. "Serás una gran abogada", "llegarás lejos en el atletismo").</p> <p>- "Debo advertirte, que los accidentes automovilísticos relacionados con las drogas y el alcohol son una de las principales causas de muerte entre los adolescentes". "Por tu seguridad: nunca te subas a un automóvil con otra persona que haya estado usando drogas o bebiendo, incluso si esa persona no parece estar drogada o borracha". "Por favor, nunca conduzcas un automóvil después de beber alcohol o consumir marihuana u otras drogas, incluso si no te siente drogado o borracho". "Antes de salir, asegúrate un medio de transporte seguro para poder volver a casa. Es lo más inteligente que puedes hacer para conservar tu salud y la de los demás". "¿Has hablado con tus padres de esto?" "Podrías buscar una solución junto a ellos para volver a casa de forma segura".</p>



PAUTA

DEPENDENCIA DE TABACO: Riesgo MEDIO

HONC = 1

OBJETIVOS

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca del consumo de tabaco
- Corrección/reorientación de conductas adictivas

PAUTA	VERBATIMS
<p>- Reforzar las opciones saludables con elogio y aliento.</p> <p>- Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. padres o hermanos) que fuman.</p> <p>- Preguntar sobre el uso de tabaco y otros productos de nicotina. Dada la amplia variedad de productos de tabaco/nicotina que se usan en la actualidad, aclare los tipos específicos de productos que se están usando (p.ej. cigarrillos convencionales, tabaco de liar, cachimbas, vappers, cigarrillos electrónicos etc.).</p> <p>- Obtener las razones que le han llevado a probar y a consumir tabaco, así como aquellas que le han llevado a rechazarlo en alguna ocasión (reforzarlas).</p> <p>- Explorar sus conocimientos y creencias (positivas y negativas) acerca del tabaco para adaptar la información.</p> <p>-Aconsejar que deje de consumir tabaco y productos de nicotina de forma clara y directa; personalizar los riesgos del tabaco y los beneficios de dejar de fumar.</p> <p>-Evaluar el nivel de dependencia, la voluntad de intentar dejar de fumar y la confianza en la capacidad para dejar de fumar o iniciar el tratamiento.</p> <p>-Ayudar a dejar de fumar proporcionando recursos, tratamiento y apoyo continuo, adaptado al nivel de adicción y la voluntad de dejar de fumar. Esto puede incluir asesoramiento que involucre intervenciones de terapia de mejora de la motivación y/o tratamiento farmacológico (terapias de reemplazo de nicotina). Reforzar la autoeficacia expresando confianza en la capacidad del adolescente para dejar de consumir productos de tabaco.</p> <p>- Preguntar si los padres saben que consume tabaco. Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padres al seguimiento.</p> <p>- Se sugiere cribado de depresión y ansiedad (p. ej. con el cuestionario PHQ-a).</p> <p>-Programar seguimiento a corto (un mes), tanto para aquellos que intentan dejar de fumar como para aquellos que aún no están preparados para hacerlo (es posible que algunos adolescentes expresen ambivalencia o que aún no estén listos para considerar dejar de fumar por una variedad de razones).</p>	<p>- “Antes de empezar quisiera valorar la sinceridad que has tenido a la hora de contestar este test, ya que hemos hecho preguntas personales y comprometidas, que podías no haber contestado o mentido”.</p> <p>- “Aunque en ocasiones has fumado, todavía no has desarrollado un gran nivel de dependencia”.</p> <p>- “¿Tus amigos y/o familiares (p. ej. padres o hermanos) fuman?”. “No tienes que fumar por el simple hecho de que tus amigos o tu familia lo haga”. “Mantener una posición firme ante el grupo no te hace más débil, al contrario, te hace más fuerte”. “Acércate a aquellos que rechacen fumar”.</p> <p>- “En las ocasiones que has fumado. ¿Me podrías decir que tipo de productos has consumido: cigarrillos convencionales, tabaco de liar, cachimbas, vappers, ¿cigarrillos electrónicos...?”</p> <p>- “¿Por qué motivo probaste el tabaco la primera vez?”.</p> <p>- “¿Cuáles son las razones por las que, en ocasiones, fumas?”. “¿Qué efectos o sensaciones positivas notas al fumar?, ¿y negativas?”.</p> <p>- “¿Sabrías identificar alguna ocasión en la que no has necesitado o no has querido fumar? ¿Y el motivo por el que no fumaste en esas ocasiones?”.</p> <p>- “¿Qué sabes/opinas a cerca del tabaco?” “¿Crees que te aporta algo positivo?”, “¿y negativo?”.</p> <p>- “Yo te recomiendo que dejes de fumar, y el momento adecuado es ahora. Tu cuerpo se encuentra todavía en desarrollo y el tabaco puede afectar a ese desarrollo y a tu salud. Puede provocar enfermedades, tanto ahora, como en un futuro y podrías llegar a lamentar no haber dejado de fumar. A nadie en tu entorno le gustaría como desarrollar una enfermedad debido al consumo de tabaco”. (Explicar los riesgos particulares de la/s modalidad/es consumida/s).</p> <p>- “¿Tú estarías dispuesto a dejar de fumar?”. “¿Crees que hay algo que te lo impide?” (ofrecer recursos/tratamiento y establecer compromiso de abstinencia o reducción).</p> <p>- “¿Tus padres conocen hasta dónde llega tu consumo de tabaco?”. “¿Te gustaría y/o importaría que yo hablara con ellos sobre el tema?”.</p> <p>- “Deberíamos volver a vernos en un mes, pero si necesitas ayuda antes, porque tienes alguna situación que te preocupe al respecto, por favor, no dudes en contactar conmigo, que estoy para ayudarte”.</p>

PAUTA
CONSUMO DE ALCOHOL: Riesgo ALTO
 AUDIT≥8



OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo positivo de conductas saludables • Información acerca del consumo de alcohol • Corrección/reorientación de conductas adictivas • Seguimiento y/o derivación 	
PAUTA	VERBATIMS
<ul style="list-style-type: none"> - Destacar las conductas saludables. - Reforzar aquellas ocasiones en las que no ha bebido y tratar de precisar con detalle cuáles fueron esas excepciones y qué es lo que hizo no beber. En la medida en que se identifiquen factores/variables que sean controlables podrían ser utilizadas en nuevas situaciones de riesgo. - Proporcionar información y asesoramiento breve. - Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que beben o hacen <i>binge drinking</i>. Reforzar su personalidad y su autonomía frente al grupo. - Explorar el estilo de vida del paciente para tratar de introducir otras alternativas saludables al consumo de alcohol u otras drogas en las que poder invertir el tiempo. - Tratar de identificar posibles proyectos, planes, ilusiones y expectativas positivas de futuro que puedan constituir motivadores para la disminución o erradicación del consumo. - Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción: contrato durante 4-8 semanas de abstinencia con el objetivo de ayudar a determinar la gravedad del problema, reducir para aquellos que se niegan a abstenerse, contingencia para los pacientes más difíciles o resistentes que se niegan incluso a reducir el consumo, contemplar el tratamiento como un proceso y aceptar cualquier progreso, como por ejemplo hablar sobre las perspectivas de su consumo, como un éxito parcial. - Preguntar si los padres saben que consume alcohol: Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padres al seguimiento. - Siguiendo las recomendaciones de la NIHA, se sugiere cribado de depresión y ansiedad (p.ej. con cuestionario PHQ-a). - Programar un seguimiento: idealmente al mes. - Considerar la derivación para una evaluación o tratamiento especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Antes de empezar quisiera valorar la sinceridad que has tenido a la hora de contestar a este test, ya que hemos hecho preguntas personales y comprometidas, que podías no haber contestado o mentado”. - “Aunque las respuestas que el resultado nos indican que hay un consumo de alcohol bastante por encima de la media de tu edad, el cual estaría calificado como consumo de alto riesgo, estoy seguro de que podrías identificar ciertas ocasiones en la que no has bebido ¿sabrías decir cuál fue el motivo por el que no bebiste en esas ocasiones?”. - “Yo, te recomiendo que dejes de beber, y el momento adecuado es ahora. Tu cerebro se encuentra todavía en desarrollo y el alcohol puede afectar este desarrollo. El alcohol también puede impedirte tomar buenas decisiones y llevarte a hacer cosas que lamentarás más adelante”. - “No tienes que beber por el simple hecho de que tus amigos o tus familiares (p.ej. hermanos) lo hagan”, “mantener una posición firme ante el grupo no te hace más débil, al contrario, te hace más fuerte”, “acércate a aquellos que rechacen beber”. - “¿Cuáles son tus aficiones? ¿qué te gusta hacer?” “Son actividades interesantes/divertidas/saludables para las que no es preciso consumir alcohol”. - “¿Qué te gustaría hacer en un futuro? ¿Hasta dónde te gustaría llegar?” “A nadie en tu entorno le gustaría ver como el alcohol interfiere en tu futuro”. - “¿Alguna vez has pensado que deberías beber menos o no beber?” “¿En qué medida crees que podrías dejar de consumir alcohol si te lo propusieras? “¿Qué te lo impediría?”. - “¿Tú estás dispuesto a dejar de beber?” (establecer compromiso de abstinencia o reducción). - “¿Tus padres conocen hasta dónde llega tu consumo de alcohol?, “Sería muy importante que yo hablara con ellos sobre el tema, ¿te gustaría y/o importaría?”. - “Es recomendable que programemos otra cita para para continuar hablando de lo que te está pasando. También puedo derivarte a algún especialista que te ayude a explorar lo que te sucede”.



PAUTA

CONSUMO DE CANNABIS: Riesgo MEDIO

CAST 4-8

OBJETIVOS

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca del consumo de cannabis
- Corrección/reorientación de conductas adictivas

PAUTA

- Destacar las conductas saludables.
 - Precisar con el máximo detalle en qué ocasiones ha rechazado consumir cannabis y cuál fue el motivo. En la medida en que se identifiquen factores/variables que sean controlables podrían ser utilizadas en nuevas situaciones de riesgo.
 - Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que fuman o consumen cannabis. Reforzar su personalidad y su autonomía frente al grupo.
 - Proporcionar información y asesoramiento breve.
 - Explorar el estilo de vida del paciente para tratar de introducir otras alternativas saludables al consumo de alcohol u otras drogas en las que poder invertir el tiempo.
 - Tratar de identificar posibles proyectos, planes, ilusiones y expectativas positivas de futuro que puedan constituir motivadores para la disminución o erradicación del consumo.
 - Calibrar el grado de motivación para abandonar el consumo de cannabis, y cuáles son sus vínculos con esta sustancia. Es decir, en qué siente él o ella que le ayuda y porqué cree que la consume.
 - Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción: contrato durante 12-20 semanas de abstinencia con el objetivo de ayudar a determinar la gravedad del problema, reducir para aquellos que se niegan a abstenerse, contingencia para los pacientes más difíciles o resistentes que se niegan incluso a reducir el consumo. Aceptar cualquier progreso, como por ejemplo hablar sobre las perspectivas de su consumo, como un éxito parcial.
 - Preguntar si los padres saben que consume cannabis: Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padres al seguimiento.
 - Siguiendo las recomendaciones de la NIHA, se sugiere **cribado de depresión y ansiedad** (p. ej. cuestionario PHQ-a)
 - **Programar un seguimiento: idealmente al mes.**

VERBATIMS

- “Antes de empezar, me gustaría agradecerte tu sinceridad al contestar este test, pues soy consciente de que hay alguna pregunta que puede resultar incomoda de contestar”
 - “Aunque en ocasiones has fumado cannabis, has sido muy inteligente al decidir no consumirlo en otras muchas ocasiones”
 - “¿Sabrías identificar alguna ocasión en la que has rechazado consumir cannabis? ¿Y el motivo por el que lo hiciste?”
 - “¿Tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) consumen cannabis?”. Si es así, añadir: “tú no tienes por qué hacerlo por el simple hecho de que tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) lo hagan” “mantener una posición firme ante el grupo no te hace más débil, al contrario, te hace más fuerte”, “acércate a aquellos que rechacen fumar”
 - “Me gustaría comentarte algunas cosas sobre el cannabis que quizás no sepas...” (Explicar la relación del THC con las pérdidas y deterioro de la memoria, el bajo rendimiento académico y los problemas para concentrarse, así como lo que es el síndrome amotivacional y la correlación de factores genéticos que predisponen a la psicosis tóxica si se consume cannabis. Hay que explicar también que es la sustancia que más tiempo se tarda en eliminar del organismo y por qué...)
 - “Por todo esto, yo te recomiendo que dejes de consumir cannabis, y el momento adecuado es ahora. Tu cerebro se encuentra todavía en desarrollo y el cannabis puede afectar este desarrollo. Puede además provocarte problemas de atención y ocasionarte accidentes, así como enfermedades psicóticas, respiratorias y/o cardíacas (en mayor medida que el tabaco)”
 - “¿Cuáles son tus aficiones? ¿qué te gusta hacer?” “Son actividades interesantes/divertidas/saludables para las que no es preciso consumir cannabis”
 - “¿Qué te gustaría hacer en un futuro? ¿Hasta dónde te gustaría llegar?” “A nadie de tu entorno le gustaría que tus planes de futuro se viesen truncados por el consumo de cannabis”
 - “¿Tú estás dispuesto a dejar de consumir cannabis?”. “¿Crees que habría algo que te lo impidiese?” (establecer compromiso/objetivos individuales de abstinencia o reducción).
 - “¿Tus padres saben algo sobre el consumo que haces?, ¿Te gustaría y/o importaría que yo hablara con ellos sobre el tema?”
 - “Si quieres podemos quedar con tranquilidad otro día para hablar de esto y puedo enseñarte una página web muy interesantes (EVITC) para que realmente seas experto (con rigor científico) y veas lo que es el cannabis y cómo funciona”



PAUTA
USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET: riesgo BAJO
 EUPI-a <16

OBJETIVOS

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca del uso problemático de internet

PAUTA	VERBATIMS
<p>- Reforzar las opciones saludables con elogio y aliento.</p> <p>- Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que hacen un uso problemático de internet.</p> <p>- Obtener y reafirmar las razones para no abusar de Internet.</p> <p>- Explorar qué cree que le aporta a él y a su entorno el uso de Internet (combatir el aburrimiento, relacionarse, evadirse...). El objetivo es explorar posibles efectos beneficiosos del uso de la red y buscar posibles formas alternativas de satisfacer esas necesidades.</p> <p>- Informar: Si el paciente está abierto a recibir información, ayudarle a entender, por ejemplo, que hacer un uso problemático de internet, limita las formas de diversión, reduce las relaciones sociales y la actividad física, baja el rendimiento académico, deteriora las relaciones familiares y produce disminución de la autoestima, sentimientos de soledad y trastornos depresivos.</p> <p>- Cribar en un año, como muy tarde</p>	<p>- “En primer lugar me gustaría felicitarte, porque entiendo que tener tu edad y vivir en el año 2021, y hacer un uso saludable de internet, no es lo más habitual, eso demuestra por un lado que sabes vivir y relacionarte en el mundo real, y que sabes ponerte límites y regular la cantidad de tiempo que pasas conectado/a, y por otro lado que te han debido de enseñar tus familiares o tus profesores/as los riesgos que tiene para tu salud mental el no saber manejarse con los códigos de buenas prácticas online, como la privacidad, el respeto en red, y la sana gestión del tiempo que haga no descuidar las actividades deportivas, escolares etc.. tan importantes en tu edad”.</p> <p>- “¿Dirías que tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) también hacen un uso saludable de Internet?”.</p> <p>- “Creo que has tomado una decisión inteligente al decidir no abusar de internet”. “¿Qué es lo que consideras que te lleva a no hacer ese uso problemático de internet?”.</p> <p>Posible continuación: “Son muy buenas razones y demuestran que realmente te preocupas por ti mismo y tu futuro”.</p> <p>- Si los amigos hacen un uso problemático de internet, añadir: “...sobre todo cuando tus amigos han optado por abusar de ella”.</p> <p>- “¿Qué crees que te aporta Internet?” “¿y qué crees que les aporta a tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos)?”.</p> <p>- “A pesar de que tú no realizas un uso problemático, deberías saber que abusar de internet, limita las formas de diversión, reduce las relaciones sociales y la actividad física, baja el rendimiento académico, deteriora las relaciones familiares y produce disminución de la autoestima, sentimientos de soledad y trastornos depresivos. Además, incrementa el riesgo de contacto con desconocidos, de sufrir sexting, cyberbullying, etc. así como de llevar a cabo otras conductas de riesgo”.</p>



PAUTA

USO PROBLEMÁTICO DE VIDEOJUEGOS: riesgo MEDIO

GASA 4-6

OBJETIVOS

- Refuerzo positivo de conductas saludables
- Información acerca de la adicción a videojuegos
- Corrección/reorientación de conductas adictivas

PAUTA	VERBATIMS
<p>- Destacar las conductas saludables.</p> <p>- Explorar qué cree que le aporta el uso de videojuegos. El objetivo es explorar posibles efectos beneficiosos del uso de la red y buscar posibles formas alternativas de satisfacer esas necesidades.</p> <p>- Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) que juegan en exceso a videojuegos. Reforzar su personalidad y su autonomía frente al grupo.</p> <p>- Obtener y reafirmar las razones para no abusar de los videojuegos.</p> <p>- Explorar el estilo de vida del paciente para buscar actividades/tareas alternativas subordinando el tiempo de uso de las TIC al cumplimiento de ciertas tareas/obligaciones/actividades (se puede incluso establecer un programa de economía de fichas).</p> <p>- Proporcionar información y asesoramiento breve.</p> <p>- Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción: contrato durante 12-20 semanas de abstinencia con el objetivo de ayudar a determinar la gravedad del problema, reducir para aquellos que se niegan a abstenerse, contingencia para los pacientes más difíciles o resistentes que se niegan incluso a reducir el consumo. Aceptar cualquier progreso, como por ejemplo hablar sobre las perspectivas de su consumo, como un éxito parcial.</p> <p>- Preguntar si los padres son conocedores de su nivel de consumo de videojuegos: Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padres al seguimiento.</p> <p>- Se sugiere cribado de depresión y ansiedad (p.ej. con el cuestionario PHQ-a).</p> <p>- Programar un seguimiento: idealmente al mes.</p>	<p>- "Veo que, aunque algunas veces podrías estar haciendo un uso problemático de los videojuegos, en otras ocasiones eres inteligente y controlas su uso".</p> <p>- "¿Qué beneficios dirías que te aportan los videojuegos?".</p> <p>- "¿Consideras que tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) hacen un uso problemático de los videojuegos?". "Tú no tienes que jugar durante largas horas por el simple hecho de que tus amigos y/o familiares (p.ej. hermanos) lo hagan". "Mantener una posición firme ante el grupo no te hace más débil, al contrario, te hace más fuerte". "Acércate a aquellos amigos que realicen otro tipo de actividades de ocio y comparte tiempo con ellos".</p> <p>- "¿Crees que abusar de los videojuegos os perjudica a ti y a tu entorno?".</p> <p>- "¿De qué forma?".</p> <p>- "¿Qué actividades realizas o te gustaría realizar en tu día a día?". "¿Hay alguna actividad que dejes de lado por estar jugando a videojuegos?" (en función de las respuestas se podría establecer un programa de economía de fichas si se considerara pertinente).</p> <p>- "Entiendo perfectamente que, a tu edad, los videojuegos son muy atractivos y tremendamente entretenidos, así como muy populares, por lo que es normal que tengan un gran protagonismo en tu vida. No obstante, debo comentarte que pasar excesivo tiempo jugando a ellos, así como jugar a videojuegos que están orientados para personas más mayores que tú, es dañino, tanto a nivel psicológico como emocional, ya que dejas de realizar otras actividades que también son importantes, como relacionarte con los demás cara a cara, cumplir con tus obligaciones en el colegio o hacer ejercicio físico, que a tu edad es algo fundamental". "Si la relación con los videojuegos se convierte en una necesidad, o si cuando no juegas a ellos te encuentras mal, eso es indicador de que puedes estar siendo tú el que está siendo controlado por el videojuego y no al revés, como sería lo oportuno."</p> <p>- "Yo te recomiendo que reduzcas tu uso de videojuegos o lo abandones, y el momento adecuado es ahora. Jugar a videojuegos de forma excesiva puede llevarte a perder o a deteriorar tus relaciones sociales o familiares y puede llevarte al fracaso escolar, echando tu futuro por la borda".</p> <p>- "Entiendo que a veces puede ser un distractor de los problemas, o un lugar donde refugiarse, pero no es la forma adecuada de resolverlos".</p> <p>- "Si quieres podemos hablar de qué crees que ocurre con ellos y ver cómo podemos hacer para que, sin dejar de jugar, no se conviertan en un problema para ti y seas tú el que los controle a ellos". "¿Estás dispuesto a abandonar o reducir tu consumo?". "¿Crees que hay algo que te lo podría impedir?, ¿qué dificultades crees que te encontrarías al intentar reducir el consumo?" (establecer compromiso de abstinencia o reducción).</p> <p>- "¿Tus padres son conocedores del uso que haces de los videojuegos?".</p> <p>- "¿Crees o te han dicho alguna vez que les preocupa este uso?". "¿Te gustaría o te importaría que yo hablara con ellos de este tema?".</p> <p>- "Si no te importa, me gustaría volver a verte en un mes para valorar cómo evoluciona tu uso de los videojuegos".</p>



PAUTA
JUEGO PROBLEMÁTICO: riesgo ALTO
 BAGS >5

- OBJETIVOS**
- Refuerzo positivo de conductas saludables
 - Información acerca de las apuestas/juego problemático
 - Corrección/reorientación de conductas adictivas
 - Derivación a tratamiento especializado

PAUTA	VERBATIMS
<p>- Destacar las conductas saludables.</p> <p>- Indagar sobre lo que suponen las apuestas para él/ella y obtener las razones por las que hace apuestas.</p> <p>- Explorar qué cree que le aportan las apuestas. El objetivo es conocer las expectativas que tiene sobre las apuestas.</p> <p>- Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos y/o familiares (p.ej. padres o hermanos) que hacen apuestas. Reforzar su personalidad y su autonomía frente al grupo.</p> <p>- Explorar el estilo de vida del paciente para buscar actividades/tareas alternativas subordinando el tiempo o dinero invertido al cumplimiento de ciertas tareas/obligaciones/actividades (se puede incluso establecer un programa de economía de fichas).</p> <p>- Proporcionar información y asesoramiento breve.</p> <p>- Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción: contrato durante 4-8 semanas de abstinencia con el objetivo de ayudar a determinar la gravedad del problema, reducir para aquellos que se niegan a abstenerse, contingencia para los pacientes más difíciles o resistentes que se niegan incluso a reducir el consumo, contemplar el tratamiento como un proceso y aceptar cualquier progreso, como por ejemplo hablar sobre las perspectivas de su consumo, como un éxito parcial.</p> <p>- Preguntar si los padres saben qué hace apuestas: Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padres al seguimiento.</p> <p>- Se sugiere cribado de depresión y ansiedad (p.ej. con el cuestionario PHQ-a).</p> <p>- Programar un seguimiento: idealmente al mes.</p> <p>- Considerar la derivación para una evaluación o tratamiento especializados.</p>	<p>- “Quería darte las gracias por tu sinceridad a la hora reconocer que tienes un problema con las apuestas. Soy consciente de que te hemos hecho preguntas personales y podrías no haber contestado o mentado”.</p> <p>- “El hecho de que hayas contestado con sinceridad y reconozcas que se está dando la situación que plantea alguna de las preguntas me hace pensar que es una forma de pedir ayuda por tu parte, ¿es así?”</p> <p>- “El resultado del cuestionario nos indica que existe un cierto uso problemático de las apuestas. Para empezar, porque esta es una actividad reservada para adultos y, pese a ello, la realizas. Además, parece que está teniendo repercusión en tu vida ya que en la pregunta... (indicar ítem) respondes “a veces”, “a menudo” o “siempre o casi siempre”. Me gustaría saber ¿qué piensas de esto?, ¿te preocupa estar haciendo apuestas?”.</p> <p>- “¿Podemos hablar de cuándo empezaste?”. “¿Cuáles fueron tus motivaciones iniciales?”. “¿Y ahora, han cambiado los motivos por los que apuestas?”.</p> <p>- “¿Qué beneficios crees que te aportan las apuestas?”</p> <p>- “¿Tus amigos y/o familiares (p.ej. padres o hermanos) apuestan?”. “Tú no tienes que apostar por el simple hecho de que tus amigos y/o familiares lo hagan”. “Mantener una posición firme ante el grupo no te hace más débil, al contrario, te hace más fuerte”. “Acércate a personas que no realicen estas actividades y comparte tiempo con ellos”.</p> <p>- “¿Qué actividades realizas o te gustaría realizar en tu día a día?”. “¿Hay alguna actividad que dejes de hacer para apostar, porque no tienes tiempo o dinero suficiente por ejemplo?” (en función de las respuestas se podría establecer un programa de economía de fichas si se considerara pertinente).</p> <p>- “Debes ser plenamente consciente de que apostar es una actividad que solo está permitido para mayores de 18 años y tú eres menor”. “Yo te recomiendo que dejes de apostar, y el momento adecuado es ahora”.</p> <p>- “Realizar pequeñas apuestas puede llevarle a perder el control y a desarrollar juego patológico/ludopatía, que es un trastorno muy difícil de solucionar”. “Recuerda que, aunque al principio puedas ganar pequeñas cantidades de dinero con las apuestas, al final siempre pierdes más de lo que ganas”.</p> <p>- “¿Estás dispuesto a abandonar o reducir tu nivel de apuestas?”. “¿Crees que hay algo que te lo podría impedir?, ¿qué dificultades crees que te encontrarías al intentar reducirlo?” (establecer compromiso de abstinencia o reducción).</p> <p>- “¿Tus padres son conocedores de que haces apuestas?”. “¿Crees o te han dicho alguna vez que les preocupa eso?”. “Me preocupa tu situación y creo que sería necesario que yo pudiera ayudarte a explicarles a tu familia lo que te está ocurriendo para que puedan ayudarte, ¿te gustaría o te importaría que yo hablara con ellos?”.</p> <p>- “Me gustaría volver a verte en un mes para analizar la evolución de este problema”.</p> <p>- “También puedo derivarte a algún especialista. Considero conveniente que te puedan ayudar a entender qué te está pasando, así como a poner un cierto control sobre tu nivel de apuestas”.</p>



8. REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

- Aalto, M., Pekuri, P., y Seppä, K. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 9-14. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00228-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00228-4)
- Abbott, M. (2017, junio). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm*. WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours, Geneva, Switzerland.
- Agència de Salut Pública de Catalunya, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, y Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. (2018). *Programa Beveu Menys*. Programa Beveu Menys. <http://beveumenys.cat/>
- Akgün, M., Dindar, İ., y Zafer, R. (2018). Loneliness, Depression, Social Support Levels, and Other Factors Involving the Internet Use of High School Students in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9927-3>
- Al-Naggar, R. A., y Bobryshev, Y. V. (2012). Shisha Smoking and Associated Factors among Medical Students in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(11), 5627-5632. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5627>
- Aldington, S., Williams, M., Nowitz, M., Weatherall, M., Pritchard, A., McNaughton, A., Robinson, G., y Beasley, R. (2007). Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*, 62(12), 1058-1063. <https://doi.org/10.1136/thx.2006.077081>

- Alinsky, R. H., Percy, K., Adger, H., Fertsch, D., y Trent, M. (2020). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in Pediatric Practice: A Quality Improvement Project in the Maryland Adolescent and Young Adult Health Collaborative Improvement and Innovation Network. *Clinical Pediatrics*, 59(4-5), 429-435. <https://doi.org/10.1177/0009922820902441>
- Alonso, O., Amador, V., Argüelles, L., García, N., García, S., González, A., Hevia, J. R., Ordóñez, M. A., y Pérez, J. I. (2016). *Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario*. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias: Dirección General de Salud Pública.
- Alonso-Vigil, M. P., Amador-Tejón, V., Argüelles-Laviana, M. C., Díaz-Fernández, M. V., Hevia-Fernández, J. R., Menéndez-Robledo, A., Ordóñez-Alonso, M. A., y Pérez-Candás, J. I. (2019). *Abordaje del tabaquismo en la consulta de pediatría. Guía para los profesionales*. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. <https://www.astursalud.es/documents/35439/633461/Abordaje+del+tabaquismo+en+la+consulta+de+pediatr%C3%ADa+vesi%C3%B3n+final+.pdf/7f574255-c943-02a3-b880-3e8f2eb2363b?t=1625741800203>
- Amado, B., Villanueva, V., Vidal-Infer, A., y Isorna, M. (2020). Gender differences among cannabis self-cultivators in Spain. *Adicciones*, 32(3), 181-192. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1142>
- Amaral, M. B., Ronzani, T. M., y Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), 162-168. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00120.x>

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V-TR)* (Fifth edition). American Psychiatric Publishing.
- Anderson, P., Coulton, S., Kaner, E., Bendtsen, P., Kłoda, K., Reynolds, J., Segura, L., Wojnar, M., Mierzecki, A., Deluca, P., Newbury-Birch, D., Parkinson, K., Okulicz-Kozaryn, K., Drummond, C., y Gual, A. (2017). Delivery of Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Care: Outcomes of the ODHIN 5-Country Cluster Randomized Trial. *Annals of Family Medicine*, 15(4), 335-340. <https://doi.org/10.1370/afm.2051>
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A., y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. UNICEF España.
- Andrie, E. K., Tzavara, C. K., Tzavela, E., Richardson, C., Greydanus, D., Tsolia, M., y Tsitsika, A. K. (2019). Gambling involvement and problem gambling correlates among European adolescents: Results from the European Network for Addictive Behavior study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1429-1441. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01706-w>
- Arias-de la Torre, J., Eiroa-Orosa, F. J., Molina, A. J., Colell, E., Dávila-Batista, V., Moreno-Montero, F., Robles, N., Valderas, J. M., y Martín, V. (2021). Relación del consumo problemático de cannabis en la población joven de España con el riesgo percibido, los factores ambientales y los factores sociodemográficos. *Adicciones*, 33(1), 63. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1256>
- Asociación Española de Videojuegos [AEVI]. (2020). *La industria del videojuego en España. Anuario 2020*. Asociación Española de Videojuegos (AEVI). http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2021/04/AEVI_Anuario_2020.pdf

Australia Edith Cowan University Library. (2022, abril 29). *Systematic literature reviews*.

Australia Edith Cowan University. <https://ecu.au.libguides.com/systematic-reviews/types-of-reviews>

Babor, T. F., Kranzler, H. R., y Lauerman, R. J. (1989). Early detection of harmful alcohol consumption: Comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures.

Addictive Behaviors, 14(2), 139-157. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(89\)90043-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(89)90043-9)

Bahelah, R., DiFranza, J. R., Fouad, F. M., Ward, K. D., Eissenberg, T., y Maziak, W. (2016).

Early symptoms of nicotine dependence among adolescent waterpipe smokers. *Tobacco Control*, 25(e2), e127-e134. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052809>

Barbosa, C., Cowell, A., Dowd, W., Landwehr, J., Aldridge, A., y Bray, J. (2017). The cost-effectiveness of brief intervention versus brief treatment of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in the United States: Cost-effectiveness

analysis of SBIRT. *Addiction*, 112, 73-81. <https://doi.org/10.1111/add.13658>

Barfod, S. (2008). BA GP's reflections on brief intervention in primary health care in Denmark.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 25(6), 3-3. <https://doi.org/10.1177/145507250802500604>

Bastiani, L., Siciliano, V., Curzio, O., Luppi, C., Gori, M., Grassi, M., y Molinaro, S. (2013).

Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2060-2067. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.016>

Baz-Rodríguez, M., González-Formoso, C., Goicoechea-Castaño, A., Álvarez-Vázquez, E.,

García-Cendón, C., Rial, A., y Clavería, A. (2020). Detección precoz del uso problemático de internet en adolescentes, en pediatría de atención primaria. *Rev Esp*

Salud Pública, 94, 1-12



- Bechtold, J., Simpson, T., White, H. R., y Pardini, D. (2015). Chronic adolescent marijuana use as a risk factor for physical and mental health problems in young adult men. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(3), 552-563. <https://doi.org/10.1037/adb0000103>
- Beck, F., Legleye, S., y Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (2003). *Drogues et adolescence usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002*. OFDT.
- Berends, L., MacLean, S., Hunter, B., Mugavin, J., y Carswell, S. (2011). Implementing alcohol and other drug interventions effectively: How does location matter? *The Australian Journal of Rural Health*, 19(4), 211-217. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2011.01212.x>
- Billieux, J., Stein, D. J., Castro-Calvo, J., Higushi, S., y King, D. L. (2021). Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 20(2), 198-199. <https://doi.org/10.1002/wps.20848>
- Blankers, M., Frijns, T., Belackova, V., Rossi, C., Svensson, B., Trautmann, F., y Van Laar, M. (2014). Predicting cannabis abuse screening test (CAST) scores: A recursive partitioning analysis using survey data from Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden. *PloS One*, 9(9), e108298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108298>
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A., y Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97. <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>

- Bray, J. W., Del Boca, F. K., McRee, B. G., Hayashi, S. W., y Babor, T. F. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): Rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addiction (Abingdon, England)*, *112 Suppl 2*, 3-11. <https://doi.org/10.1111/add.13676>
- Brunault, P., Lebigre, K., Idrik, F., Maugé, D., Adam, P., El Ayoubi, H., Hingray, C., Barrault, S., Grall-Bronnec, M., Ballon, N., y El-Hage, W. (2019). Posttraumatic Stress Disorder Is a Risk Factor for Multiple Addictions in Police Officers Hospitalized for Alcohol. *European Addiction Research*, *25(4)*, 198-206. <https://doi.org/10.1159/000499936>
- Burillo-Putze, G., Hernández, M. J., Climent, B., y Pinillos, M. A. (2012). Nuevas formas de consumo de alcohol. *Anales de Pediatría*, *77(6)*, 419-420. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.03.017>
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, *21(1)*, 09. <https://doi.org/10.20882/adicciones.246>
- Calado, F., Alexandre, J., y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, *33(2)*, 397-424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C., y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, *17(3)*, 193. <https://doi.org/10.20882/adicciones.368>
- Carbia, C., López-Caneda, E., Corral, M., y Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *90*, 332-349. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.013>

- Carbonell, X. (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el dsm-5 y la cie-11: retos y oportunidades para clínicos. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2935>
- Carney, T., y Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: Findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 25. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>
- Chabrol, H., Roura, C., y Armitage, J. (2003). Bongs, a Method of Using Cannabis Linked to Dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 709-709. <https://doi.org/10.1177/070674370304801011>
- Chandra, S., Radwan, M. M., Majumdar, C. G., Church, J. C., Freeman, T. P., y ElSohly, M. A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 5-15. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00983-5>
- Cherpitel, C. J., Ye, Y., Moskalewicz, J., y Świątkiewicz, G. (2015). Does brief intervention work for heavy episodic drinking? A comparison of emergency department patients in two cultures. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(3), 145-162. <https://doi.org/10.1016/j.alkona.2015.05.001>
- Chihuri, S., Li, G., y Chen, Q. (2017). Interaction of marijuana and alcohol on fatal motor vehicle crash risk: A case-control study. *Injury Epidemiology*, 4(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40621-017-0105-z>
- Chóliz, M., y Lamas, J. (2017). “¡Hagan juego, menores!” Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(1), 34-47.

- Cobb, C. O., Shihadeh, A., Weaver, M. F., y Eissenberg, T. (2011). Waterpipe Tobacco Smoking and Cigarette Smoking: A Direct Comparison of Toxicant Exposure and Subjective Effects. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(2), 78-87. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq212>
- Consellería de Sanidade. (2011). *Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016*. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.
- Cook, R. L., Chung, T., Kelly, T. M., y Clark, D. B. (2005). Alcohol screening in young persons attending a sexually transmitted disease clinic. Comparison of AUDIT, CRAFFT, and CAGE instruments. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 1-6. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40052.x>
- Cortés-Tomás, M.-T., Giménez-Costa, J.-A., Motos-Sellés, P., y Sancerni-Beitia, M.-D. (2016). Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening instruments for underage binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 158, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.033>
- Cudo, A., Kopiś, N., Strózak, P., y Zapala, D. (2018). Problematic Video Gaming and Problematic Internet Use Among Polish Young Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(8), 523-529. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0014>
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37(6), 709-715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>
- Daniels, K. E., y Roman, N. V. (2013). A descriptive study of the perceptions and behaviors of waterpipe use by university students in the Western Cape, South Africa. *Tobacco Induced Diseases*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1617-9625-11-4>

- Darawshy, F., Abu Rmeileh, A., Kuint, R., y Berkman, N. (2021). Waterpipe smoking: A review of pulmonary and health effects. *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 30(160). <https://doi.org/10.1183/16000617.0374-2020>
- DeCamp, W., Gealt, R., Martin, S., O'Connell, D., y Visher, C. (2015). *Binge drinking and other risk behaviors among college students*. Center for Drug and Health Studies University of Delaware.
- Del Boca, F. K., McRee, B., Vendetti, J., y Damon, D. (2017). The SBIRT program matrix: A conceptual framework for program implementation and evaluation: SBIRT program matrix. *Addiction*, 112, 12-22. <https://doi.org/10.1111/add.13656>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Informe de la Evaluación final*. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: Validación de escalas*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., ... EU-GEI WP2 Group. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(5), 427-436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)

Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón. (2016). *Piloto del cribado e intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria en adultos y jóvenes en aragón* (p. 35).

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde.

Donath, C., Gräßel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S., y Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: Ultimate and distal factors - a representative study. *BMC Public Health*, 12(1), 263. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-263>

Eissenberg, T., y Shihadeh, A. (2009). Waterpipe Tobacco and Cigarette Smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), 518-523. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.014>

Espada, J. P., Sussman, S., Medina, T. B. H., y Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 1(11), 79-90.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Health responses to new psychoactive substances*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *ESPAD report 2019 :results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/970957>

Falcón, M., Navarro-Zaragoza, J., García-Rodríguez, R. M., Nova-López, D., González-Navarro, M. D., Mercadal, M., García-Algar, O., y Luna Ruiz-Cabello, A. (2018). Barreras percibidas contra la implementación en los servicios de urgencias hospitalarios

- en España de un protocolo de cribado de consumo de alcohol e intervención breve en adolescentes. *Adicciones*, 30(3), 189-196. <https://doi.org/10.20882/adicciones.896>
- Fam, J. Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(5), 524-531. <https://doi.org/10.1111/sjop.12459>
- Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., y Lev-Ran, S. (2016). The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 26(3), 493-505. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.037>
- Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Inchausti, F., y Ortuño-Sierra, J. (2020). Psychotic-like experiences and cannabis use in adolescents from the general population. *Adicciones*, 32(1), 41-51. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1149>
- Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., y Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(4), 625-641. <https://doi.org/10.1080/10705510903203573>
- Funder, D. C., y Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2, 156–168. doi:10.1177/2515245919847202
- García-Couceiro, N., Gómez, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065

- 1García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>
- García-Couceiro, N., Isorna, M., Varela, J., Gandoy-Crego, M., Braña, T., y Rial, A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista Espanola De Salud Pública*, 94, e202011171.
- Geirsson, M., Bendtsen, P., y Spak, F. (2005). Attitudes of swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 388-393. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh185>
- Giardina, A., Di Blasi, M. D. B., Schimmenti, A., King, D. L., Starcevic, V., y Billieux, J. (2021). Online gaming and prolonged self-isolation: Evidence from Italian gamers during the COVID-19 outbreak. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(1), 65-74. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210106>
- Golpe, S., Barreiro, C., Isorna, M., Varela, J., y Rial, A. (2017). La práctica del botellón en adolescentes gallegos: Prevalencia, implicaciones y variables asociadas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 529-545.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., y Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29(4), 268. <https://doi.org/10.20882/adicciones.959>
- Gómez, P., Feijóo, S., Braña, T., Varela, J., y Rial, A. (2019). Minors and Online Gambling: Prevalence and Related Variables. *Journal of Gambling Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09923-3>
- Gyepesi, A., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, G., Kun, B., y Demetrovics, Z. (2014). Psychometric

- properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian samples of adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 20(3), 119-128.
<https://doi.org/10.1159/000353238>
- Halladay, J., Scherer, J., MacKillop, J., Woock, R., Petker, T., Linton, V., y Munn, C. (2019). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107565.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107565>
- Haroon, M., Munir, A., Mahmud, W., y Hyder, O. (2014). Knowledge, attitude, and practice of water-pipe smoking among medical students in Rawalpindi, Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(2), 155-158.
- Hidalgo, M., y Redondo, A. (2007). Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. *Evidencias en Pediatría*, 3(3), 60.
- Hospital Universitario 12 de Octubre, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Proyecto ASSIST. ASSISTETE*.
<http://www.assistete.es/contenidos.php?seccion=2>
- Humeniuk, R. y Organización Mundial de la Salud. (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care*. Organización Mundial de la Salud.
- IBM SPSS Statistics for Windows (25.0)*. (2017). [Computer software]. IBM Corp.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A., Kelly, C., y Arnarsson, A. M. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report (Vol. 1)*. WHO Regional Office for Europe.

- Isorna, M., y Arias, F. (2022). Una aproximación al panorama actual de las nuevas formas de consumo de drogas. *Adicciones*, 34(1), 3-12. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1787>
- Isorna, M., Fariña, F., Sierra, J. C., y Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: Conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.05.001>
- Jawad, M., Charide, R., Waziry, R., Darzi, A., Ballout, R. A., y Akl, E. A. (2018). The prevalence and trends of waterpipe tobacco smoking: A systematic review. *PLOS ONE*, 13(2), e0192191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192191>
- Johnson, J. A., Lee, A., Vinson, D., y Seale, J. P. (2013). Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: A validation study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37 Suppl 1, E253-259. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01898.x>
- Jonas, D. E., Garbutt, J. C., Amick, H. R., Brown, J. M., Brownley, K. A., Council, C. L., Viera, A. J., Wilkins, T. M., Schwartz, C. J., Richmond, E. M., Yeatts, J., Evans, T. S., Wood, S. D., y Harris, R. P. (2012). Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 157(9), 645. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544>
- Jorge-Araujo, P., Torres-García, M., Marrero-Montelongo, M., y Navarro-Rodríguez, C. (2018). Creencias y actitudes de adolescentes españoles hacia el consumo de tabaco en pipa de agua. *Enfermería Global*, 17(50), 65-85. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.278471>
- Jorge-Araujo, P., Torres-García, M., Saavedra-Santana, P., y Navarro-Rodríguez, C. (2017). Consumo de tabaco en pipa de agua en estudiantes españoles de secundaria y

- bachillerato de la provincia de Las Palmas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(1), 121. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.296>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., y Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., y Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?: How to conceptualize behavioral addiction. *Addiction*, 112(10), 1709-1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Karila, L., Benyamina, A., Blecha, L., Cottencin, O., y Billieux, J. (2016). The Synthetic Cannabinoids Phenomenon. *Current Pharmaceutical Design*, 22(42), 6420-6425. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160919093450>
- Kelly, S. M., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Kirk, A., O'Grady, K. E., y Schwartz, R. P. (2014). Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics*, 133(5), 819-826. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2346>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., y Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184-186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J., y Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 591-596. <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.591>

- Knight, J.R. y MD, Boston Children's Hospital (2020). El cuestionario CRAFFT (versión 2.1+N). Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe). <https://crafft.org/get-the-crafft/>
- Kulig, J. W. y Committee on Substance Abuse. (2005). Tobacco, Alcohol, and Other Drugs: The Role of the Pediatrician in Prevention, Identification, and Management of Substance Abuse. *Pediatrics*, 115(3), 816-821. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2841>
- Kuss, D. J., y Griffiths, M. D. (2012). Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278-296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Lannoy, S., Duka, T., Carbia, C., Billieux, J., Fontesse, S., Dormal, V., Gierski, F., López-Caneda, E., Sullivan, E. V., y Maurage, P. (2021). Emotional processes in binge drinking: A systematic review and perspective. *Clinical Psychology Review*, 84, 101971. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101971>
- Lasebikan, V. O., y Ola, B. A. (2016). Community-Based Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment for Unhealthy Tobacco Use: Single Arm Study Experience and Implementation Success in Rural and Semi-Rural Settings, South-West Nigeria. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00134>
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., y French Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (OFDT). (2014). *Cannabis Abuse Screening Test* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t32644-000>

- Legleye, S., Piontek, D., y Kraus, L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*(2-3), 229-235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011>
- Legleye, S., Piontek, D., Kraus, L., Morand, E., y Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents: Validation of the cannabis abuse screening test (CAST). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *22*(1), 16-26. <https://doi.org/10.1002/mpr.1378>
- Levy, S., Williams, J. F., y Committee on Substance Use and Prevention. (2016). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *PEDIATRICS*, *138*(1), e20161211-e20161211. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1211>
- Levy, S., Kokotailo, P., y Committee on Substance Abuse. (2011). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*, *128*(5), e1330-e1340. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1754>
- Levy, S., y Shrier, L. (2015). *Adolescent SBIRT: Toolkit for Providers*. Boston Children's Hospital.
- Levy, S., Weiss, R., Sherritt, L., Ziemnik, R., Spalding, A., Van Hook, S., y Shrier, L. A. (2014). An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. *JAMA Pediatrics*, *168*(9), 822-828. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.774>
- Ley 13/2011 de 27 de mayo. Regulación del Juego, Pub. L. No. Ley 13/2011 de 27 de mayo, (2011). <https://boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-9280-consolidado.pdf>
- Lloret, D., Morell, R., Marzo, J. C., y Tirado, S. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*, *50*(6), 350-358. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.015>

- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26(4), 334. <https://doi.org/10.20882/adicciones.39>
- López-Gómez, S., Rial, A., Marín-Suelves, D., y Rodríguez-Rodríguez, J. (2022). Videojuegos, salud, convivencia y adicción. ¿Qué dice la evidencia científica? *Psychology, Society & Education*, 14(1), 45-54. <https://doi.org/10.21071/psye.v14i1.14178>
- Lorza, J. J. (2019). Formas emergentes en el consumo de nicotina. *Archivos de Bronconeumología*, 55(2), 71-72. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.03.024>
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., y Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(5), 1262-1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
- Martinasek, M. P., McDermott, R. J., y Martini, L. (2011). Waterpipe (Hookah) Tobacco Smoking Among Youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(2), 34-57. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.10.001>
- Maslowsky, J., Whelan Capell, J., Moberg, D. P., y Brown, R. L. (2017). Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11, 117822181774666. <https://doi.org/10.1177/1178221817746668>
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>

- Matheson, C., Pflanz-Sinclair, C., Almarzouqi, A., Bond, C. M., Lee, A. J., Batieha, A., Al Ghaferi, H., y El Kashef, A. (2018). A controlled trial of screening, brief intervention and referral for treatment (SBIRT) implementation in primary care in the United Arab Emirates. *Primary Health Care Research & Development*, 19(02), 165-175. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000640>
- Maziak, W., Rastam, S., Shihadeh, A. L., Bazzi, A., Ibrahim, I., Zaatari, G. S., Ward, K. D., y Eissenberg, T. (2011). Nicotine exposure in daily waterpipe smokers and its relation to puff topography. *Addictive Behaviors*, 36(4), 397-399. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.013>
- Maziak, W., Taleb, Z. B., Bahelah, R., Islam, F., Jaber, R., Auf, R., y Salloum, R. G. (2015). The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tobacco Control*, 24(Suppl 1), i3-i12. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051903>
- Meier, M. H., Docherty, M., Leischow, S. J., Grimm, K. J., y Pardini, D. (2019). Cannabis Concentrate Use in Adolescents. *Pediatrics*, 144(3), e20190338. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0338>
- Míguez, M. C., y Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cánnabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8. <https://doi.org/10.20882/adicciones.189>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*.
- Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P., Kirk, A. S., Dusek, K., Oros, M., Hosler, C., O'Grady, K. E., y Brown, B. S. (2020). Adolescent SBIRT implementation: Generalist

vs. Specialist models of service delivery in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 111, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.007>

Mumenthaler, M. S., Taylor, J. L., O'Hara, R., y Yesavage, J. A. (1999). Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(1), 55-64.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). *Alcohol Screening and brief intervention for youth. A practitioner's guide*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH).

Nguyen-Louie, T. T., Matt, G. E., Jacobus, J., Li, I., Cota, C., Castro, N., y Tapert, S. F. (2017). Earlier Alcohol Use Onset Predicts Poorer Neuropsychological Functioning in Young Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(12), 2082-2092. <https://doi.org/10.1111/acer.13503>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (p. 125). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (p. 97). Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022a). *Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021* (p. 148). Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022b). *Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*

- (p. 82). Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018/2019*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*. Oficina de publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Senger, C. A., Rushkin, M., Patnode, C. D., Bean, S. I., y Jonas, D. E. (2018). Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 320(18), 1910. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12086>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., y Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, 37.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Tobacco, Factsheet 339*. <https://www.drugsandalcohol.ie/17528/1/wntd-tobacco-fact-sheet.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol.*

Organización Mundial de la Salud.

Orr, C., Spechler, P., Cao, Z., Albaugh, M., Chaarani, B., Mackey, S., D'Souza, D., Allgaier, N., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Bromberg, U., Büchel, C., Burke Quinlan, E., Conrod, P., Desrivieres, S., Flor, H., Frouin, V., Gowland, P., Heinz, A., ... Garavan, H. (2019). Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 39(10), 1817-1827. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3375-17.2018>

Ozechowski, T. J., Becker, S. J., y Hogue, A. (2016). SBIRT-A: Adapting SBIRT to Maximize Developmental Fit for Adolescents in Primary Care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.10.006>

Papaseit, E., Pérez-Mañá, C., Pérez-Acevedo, A. P., Hladun, O., Torres-Moreno, M. C., Muga, R., Torrens, M., y Farré, M. (2018). Cannabinoids: From pot to lab. *International Journal of Medical Sciences*, 15(12), 1286-1295. <https://doi.org/10.7150/ijms.27087>

Park, M.-H., Park, S., Jung, K.-I., Kim, J. I., Cho, S. C., y Kim, B.-N. (2018). Moderating effects of depressive symptoms on the relationship between problematic use of the Internet and sleep problems in Korean adolescents. *BMC Psychiatry*, 18(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1865-x>

Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Montes, A., Fernández, E., López, M. J., Martínez-Sánchez, J. M., Sureda, X., Martínez, C., Fu, M., García Continente, X., Carretero Ares, J. L., y Galán, I. (2020). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología*, 56(9), 559-563. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.021>

- Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C., Verbanck, P., y Campanella, S. (2014). Binge Drinking in Adolescents: A Review of Neurophysiological and Neuroimaging Research. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 198-206. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt172>
- Pichiule, M., Gandarillas, A. M., Díez-Gañán, L., Sonogo, M., y Ordobás M. A. (2014). Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 88(5), 639-652. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000500008>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Plan de Acción sobre Adicciones*. Ministerio de Sanidad.
- Prendergast, M. L., McCollister, K., y Warda, U. (2017). A randomized study of the use of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for drug and alcohol use with jail inmates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.011>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, y Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2018). *Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia*.
- Primack, B. A., Carroll, M. V., Weiss, P. M., Shihadeh, A. L., Shensa, A., Farley, S. T., Fine, M. J., Eissenberg, T., y Nayak, S. (2016). Systematic Review and Meta-Analysis of Inhaled Toxicants from Waterpipe and Cigarette Smoking. *Public Health Reports*, 131(1), 76-85. <https://doi.org/10.1177/003335491613100114>
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J., y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: Patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1). <https://doi.org/10.20882/adicciones.1212>
- Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic

cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., y Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: Implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>

Rial, A., Golpe, S., Braña, T., y Varela, J. (2017). Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 371-386.

Rial, A., Golpe, S., Isorna, M., Braña, T., y Gómez, P. (2018). Minors and problematic Internet use: Evidence for better prevention. *Computers in Human Behavior*, 87, 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.05.030>

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., y Golpe, S. (2018). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1105>

Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M., y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27(1), 47. <https://doi.org/10.20882/adicciones.193>

Rial, A., Varela, J., y Rojas, A. J. (2001). *Depuración y análisis preliminares de datos en SPSS: Sistemas informatizados para la investigación del comportamiento*. RA-MA.

Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán de Miguel, J. M., y Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 127-136. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322015000300004>

- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., y Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400004>
- Schaub, M. P., Berman, A. H., López Pelayo, H., Boumparis, N., Khadjesari, Z., Blankers, M., Gual, A., Ripper, H., y Pas, L. (2020). E-INEBRIA Special Interest Group Roadmap for Best Practices for Research on Brief Digital Interventions for Problematic Alcohol and Illicit Drug Use. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20368. <https://doi.org/10.2196/20368>
- Sharman, S., Murphy, R., Turner, J., y Roberts, A. (2019). Psychosocial correlates in treatment seeking gamblers: Differences in early age onset gamblers vs later age onset gamblers. *Addictive Behaviors*, 97, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.013>
- Shepardson, R. L., y Hustad, J. T. P. (2016). Hookah Tobacco Smoking During the Transition to College: Prevalence of Other Substance Use and Predictors of Initiation. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 763-769. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv170>
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S., y Hasebrink, U. (2020). *EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries*. London School of Economics and Political Science. <https://www.lse.ac.uk/media-and-communications/assets/documents/research/eu-kids-online/reports/EU-Kids-Online-2020-March2020.pdf>
- Sterling, S., Kline-Simon, A. H., Jones, A., Satre, D. D., Parthasarathy, S., y Weisner, C. (2017). Specialty addiction and psychiatry treatment initiation and engagement: Results from an SBIRT randomized trial in pediatrics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.005>

Stoner, S. A., Mikko, A. T., y Carpenter, K. M. (2014). Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco, and other drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 362-370. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.009>

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2017, septiembre 15). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*. <https://www.samhsa.gov/sbirt>

Tait, R. J., y Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 337-346. <https://doi.org/10.1080/0959523031000154481>

Takahashi, M., Adachi, M., Nishimura, T., Hirota, T., Yasuda, S., Kuribayashi, M., y Nakamura, K. (2018). Prevalence of pathological and maladaptive Internet use and the association with depression and health-related quality of life in Japanese elementary and junior high school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1349-1359. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1605-z>

Tanner-Smith, E. E., y Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>

Teng, Z., Nie, Q., Zhu, Z., y Guo, C. (2020). Violent video game exposure and (Cyber)bullying perpetration among Chinese youth: The moderating role of trait aggression and moral identity. *Computers in Human Behavior*, 104, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106193>

The American Academy of Pediatrics (AAP). (s. f.). *Substance use screening and intervention implementation guide*.



- The National Center on Addiction and Substance Abuse at y Columbia University. (2012). *An SBIRT Implementation and Process Change Manual for Practitioners*.
- Tramacere, I., Negri, E., Bagnardi, V., Garavello, W., Rota, M., Scotti, L., Islami, F., Corrao, G., Boffetta, P., y La Vecchia, C. (2010). A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers. Part 1: Overall results and dose-risk relation. *Oral Oncology*, 46(7), 497-503. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.03.024>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., y Rodríguez-Artalejo, F. (2008). The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*, 103(5), 749-757. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02165.x>
- Van der Westhuizen, C., Myers, B., Malan, M., Naledi, T., Roelofse, M., Stein, D. J., Lahri, S., y Sorsdahl, K. (2019). Implementation of a screening, brief intervention and referral to treatment programme for risky substance use in South African emergency centres: A mixed methods evaluation study. *PloS One*, 14(11), e0224951. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224951>
- Villar, A. B. (2016). *Argos-Murcia: Programa de Prevención y Atención del Consumo de Alcohol y otras Drogas para Atención Primaria* [Universidad de Murcia]. <file:///C:/Users/Becarios/Downloads/Ana%20Belen%20Villar%20Lorenzo%20Tesis%20Doctoral.pdf>

- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V., y Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>
- Watt, K., Purdie, D. M., Roche, A. M., y McClure, R. J. (2004). Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addiction*, 99(10), 1262-1273. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00823.x>
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Henly, G. A., y Schwartz, R. H. (1990). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *The International Journal of the Addictions*, 25(11A), 1379-1395. <https://doi.org/10.3109/10826089009068469>
- Yuma-Guerrero, P. J., Lawson, K. A., Velasquez, M. M., von Sternberg, K., Maxson, T., y Garcia, N. (2012). Screening, Brief Intervention, and Referral for Alcohol Use in Adolescents: A Systematic Review. *PEDIATRICS*, 130(1), 115-122. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1589>

PERMISOS EDITORIALES:

García-Couceiro, N., Gómez Salgado, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial Boubeta, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065.



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 No portada (CC BY-NC-ND 3.0)

This is a human-readable summary of (and not a substitute for) the license. [A advertencia.](#)

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciente no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents

Antonio Rial ^a, Nuria García-Couceiro ^b  , Patricia Gómez ^a, Narmeen Mallah ^{b, c, d, e}, Jesús Varela ^a, Gerardo Flórez-Menéndez ^f, Manuel Isorna ^g


Show more 

+ Add to Mendeley  Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

Under a Creative Commons license

Get rights and content

 Open access

Publisher: Elsevier
Copyright © 1998, Elsevier

Creative Commons

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY license, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
You are not required to obtain permission to reuse this article.
To request permission for a type of use not listed, please contact Elsevier Global Rights Department.
Are you the author of this Elsevier journal article?



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This is a human-readable summary of (and not a substitute for) the [license](#). [Disclaimer](#).

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.



García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>

Política de acceso abierto

Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido, bajo el principio de hacer disponible gratuitamente la investigación al público y apoya a un mayor intercambio de conocimiento global. Se puede realizar una suscripción anual para recibir los ejemplares impresos.

15. Derechos

Derechos de autor/a y permisos

Copyright (c) 2022 Adicciones



SOCIDROGALCOHOL

SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS TOXICOMANÍAS



La Dra. Pilar Alejandra Sáiz Martínez, como editor de la revista **ADICCIONES**, de **SOCIDROGALCOHOL**

AUTORIZA:

Que el artículo “El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas”, cuya primera autora es Nuria García Couceiro, sea incluido en su tesis doctoral.

Barcelona, 11 de octubre de 2022

Fdo.: Pilar Alejandra Sáiz



SOCIDROGALCOHOL – Avda. de Vallcarca, 180 08023 Barcelona . España

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Teléf: +34 93 210 38 54 e-mail: Socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

CONTRIBUCIÓN DE LA AUTORA A LOS TRABAJOS INCLUIDOS EN LA TESIS:

García-Couceiro, N., Gómez Salgado, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial Boubeta, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065.

- Búsqueda bibliográfica, redacción, preparación del borrador original, revisión y edición.

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

- Búsqueda bibliográfica, redacción, preparación del borrador original, análisis de datos, revisión y edición.

García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>

- Búsqueda bibliográfica, redacción, preparación del borrador original, análisis de datos, revisión y edición.

FILIACIÓN DE LOS AUTORES DE LOS TRABAJOS INCLUIDOS EN LA TESIS:

García-Couceiro, N., Gómez Salgado, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., y Rial Boubeta, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Revista española de salud pública*, 95, e202105065.

- Nuria García Couceiro: Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Patricia Gómez Salgado: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Sion Kim-Harris: Division of Adolescent/Young Adult Medicine, Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, EEUU.
- Gregor Burkhart: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal.
- Gerardo Flórez Menéndez: Unidad de Conductas Adictivas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España.
- Antonio Rial Boubeta: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G., y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive behaviors*, 129, 107288. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>

- Antonio Rial Boubeta: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Nuria García Couceiro: Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Patricia Gómez Salgado: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Narmeen Mallah: Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, España. Centro de Investigación Biomédica en Epidemiología y Red de Salud Pública (CIBER-ESP), Madrid, España. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España.
- Gerardo Flórez Menéndez: Unidad de Conductas Adictivas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España.
- Manuel Isorna Folgar: Departamento de Análisis e Intervención Psicoeducativa. Universidad de Vigo, España.

García-Couceiro N., Isorna M., Braña T., Varela J., Gandoy-Crego M., y Rial A. (2022). El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 0. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1744>

- Nuria García Couceiro: Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Manuel Isorna Folgar: Departamento de Análisis e Intervención Psicoeducativa. Universidad de Vigo, España.
- Teresa Braña Tobío: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Jesús Varela Mallou: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Manuel Gandoy Crego: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Antonio Rial Boubeta: Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela, España.



Las adicciones constituyen uno de los principales problemas de salud pública que afectan a los jóvenes. Los elevados niveles de prevalencia, la falta de descensos significativos en las tendencias de consumo, las tempranas edades de inicio y los riesgos asociados hacen pensar en la necesidad de un cambio de paradigma en la labor de los dispositivos de prevención. Diseñar nuevas estrategias que incluyan la detección precoz y la intervención breve podría contribuir a que los dispositivos de Atención Primaria fueran menos reactivos y más proactivos. El modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), que desde hace décadas se viene aplicando en EE. UU., supone un enfoque integral e integrado de Salud Pública, con el que se podrían abordar las adicciones con y sin sustancia de los jóvenes españoles.