

**cejfe**

Àmbit d'execució penal

# **Validació i fiabilització de la prova de detecció de consum d'alcohol, tabac i altres substàncies (ASSIST-Young) en joves internats en un Centre Educatiu de Justícia Juvenil**

*Ajut a la investigació 2022*

## **Autores**

Núria Ibáñez Martínez, Núria Civit Bel, Noemí Moreno Ferrer,  
Sandra López Ferré i Ana M. Olivares Casado

Any 2023



Generalitat de Catalunya  
**Centre d'Estudis Jurídics  
i Formació Especialitzada**

# **Validació i fiabilització de la prova de detecció de consum d'alcohol, tabac i altres substàncies (ASSIST-Young) en joves internats en un Centre Educatiu de Justícia Juvenil**

Núria Ibáñez Martínez

Núria Civit Bel

Noemí Moreno Ferrer

Sandra López Ferré

Ana Maria Olivares Casado

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta investigació respectant el text original de les autores, que són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la investigació són de responsabilitat exclusiva de les autores, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

#### **Avis legal**



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\) de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca), el text complet de la qual es troba disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se n'esmeni l'autoria i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci ús comercial ni es transformi per generar-ne una obra derivada.

## Agraïments

Al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE) per la concessió de la beca i pel recolzament a l'equip. En especial a Berta Framis, de la Unitat d'Investigació en Execució Penal, que amb la seva implicació i professionalitat ens ha guiat per fer possible, en el termini establert, la presentació d'aquesta recerca.

A la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil i a Miquel Àngel Cullerés i Balagueró, com a Subdirector General de Justícia Juvenil, per la seva receptivitat, així com per construir els ponts facilitadors de sinergies amb d'altres organismes col·laboradors.

A la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima per autoritzar la realització de la recerca i l'accés als menors i joves de la mostra; tanmateix al Servei de Centres Educatius per la confiança dipositada en l'equip investigador.

Aquest treball ha requerit de la infinita confiança i estreta col·laboració de la Direcció i sota-direcció del Centre Educatiu Can Llupià, Ruth Castro i Alfredo Fornas, gràcies al vostre recolzament aquesta investigació ha estat possible.

Volem agrair especialment al grup de recerca de la Universitat d'Adelaide, Austràlia i, en especial a Robert Ali i Matthew Stevens, per confiar-nos l'eina ASSIST-Young. Les converses, intercanvi de correus i el vostre compromís amb el desenvolupament d'una eina capaç de cribar el consum de substàncies en menors i joves vulnerables ens ha motivat per aplicar-la en el nostre context.

Aquesta recerca ha comptat des dels seus inicis amb el suport d'altres Departaments, cadascú ha aportat el seu granet de sorra per poder validar l'eina ASSIST-Young en el nostre context.

Gràcies al Servei de Planificació lingüística del Departament de Salut hem pogut realitzar el procés de traducció de l'eina ASSIST-Young.

Gràcies a la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA) per autoritzar la passació dels qüestionari en els menors de 16 anys tutelats.

Gràcies a la Unitat de Programes i Innovació de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil que ens ha seguit de prop i han cregut que aquesta recerca pot impulsar i millorar la detecció i la intervenció sobre els consums de substàncies tòxiques en els menors i joves que estan complint una mesura d'internament.

Gràcies a la Subdirecció General de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública i, en especial a Joan Colom i Lidia Segura, per articular sinergies interdepartamentals i insistir en la necessitat de treballar conjuntament per la millora de la prevenció i atenció del consum de substàncies en els nostres menors i joves.

Gràcies a l'Associació Sinergia Social i, en especial, a la Fundació Mercè Fontanilles, pel seu equip de mediadores i mediadors interculturals que ens han ajudat a arribar als menors i joves magrebins. Gràcies Yassin, Ouissam, Fouad i Majida.

A l'Equip de Salut mental i Addiccions del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, molt especialment a Jaume Claramunt, metge especialitzat en drogodependències, per participar en aquesta recerca de manera desinteressada malgrat el gran treball que ha suposat. No només ets un gran professional sinó una gran persona i millor company de feina. Som molt afortunades de comptar amb tu. Un infinit de gràcies.

Finalment, un gran agraïment als menors i joves i les seves famílies, que han acceptat i participat voluntàriament en aquesta recerca. Des del principi la seva acollidora rebuda ha fet molt senzill i alhora enriquidora aquesta recerca. Hem après que esteu disposats a parlar del consum de substàncies de manera oberta i ens ha facilitat conèixer millor la vostra realitat.

## Acrònims

- **AFE:** Anàlisi Factorial Exploratori.
- **AFC:** Anàlisi Factorial Confirmatori.
- **APA:** American Psychological Association.
- **ASPCAT:** Agència de Salut Pública de Catalunya.
- **ASSIST:** Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.
- **ASSIST-Y:** versió per a joves de la prova detecció de consum d'alcohol, tabac i altres substàncies.
- **AUC:** Àrea sota la corva, **ROC** en nomenclatura anglosaxona.
- **AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test.
- **CAST:** Cannabis Abuse Screening Test.
- **CeASAR:** Center for Adolescents Substance Abuse Research.
- **CE Can Llupià:** Centre Educatiu Can Llupià.
- **CEJFE:** Centre d'estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- **CFI:** Comparative Fit Index.
- **CRAFFT:** Test addiccions per adolescents.
- **DAST:** Drug Screening Questionnaire.
- **DSM:** Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals.
- **DT:** Desviació Estàndard.
- **ESDIP:** Enquesta de salut i consum de substàncies als internats en institucions penitenciàries d'Espanya.
- **ESMIA:** Equip de Salut Mental i Addiccions.
- **ESO:** Educació Secundària Obligatòria.
- **ESTUDES:** Enquesta sobre l'ús de drogues en ensenyança secundària.
- **FTND:** Test de Fagerström de Dependència de la Nicotina.
- **Llei 27/2001:** Llei 27/2001, de 31 de desembre, de Justícia Juvenil.
- **LO 5/2000:** Llei Orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors.
- **M:** Valors mitjana estadística.

- **MINI-Plus:** Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional.
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut.
- **POSIT:** Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers.
- **POSITUAS:** la subescala d'Ús i Abús de Substàncies del Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).
- **RD 1774/2004:** Reial Decret 1774/2004, de 30 de juliol, pel que s'aprova el Reglament de la Llei Orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors.
- **RMSEA:** Root Mean Squared Error of Approximation.
- **SASSI:** Substance Use screening Inventory.
- **SAVRY:** Structured Assessment of Violence Risk in Youth.
- **SD:** Valors de Desviació estàndard.
- **SDS:** Severity of Dependence Scale.
- **SGD:** Subdirecció general de Drogodependències.
- **SMPRAV:** Àrea de Planificació i projectes Estratègics de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima.
- **SRMR:** Standardized Root-Mean Square Residual .
- **SSI:** Puntuació específica per substància.
- **TDAH:** Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat.
- **TEPT:** Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.
- **TLI:** Tucker-Lewis Fit Index.
- **TSI:** Puntuació Total de l'Escala.
- **T.U.S:** Trastorn per ús de substàncies.
- **UNODC:** United Nations office on Drugs and Crime.
- **WHO:** World Health Organization.
- **$\alpha$  :** Alpha de Cronbach.

# Sumari

1.	Introducció .....	1
2.	Hipòtesis i objectius .....	3
3.	Context i marc teòric .....	5
3.1	La Justícia Juvenil a Catalunya .....	5
3.2	Les mesures judicials a Justícia Juvenil i la seva finalitat .....	5
3.3	El Centre Educatiu Can Llupià i les seves particularitats .....	7
3.4	El marc jurídic de la detecció i l'abordatge de consum de substàncies tòxiques als centres de Justícia Juvenil .....	8
4.	La prevalença consum de substàncies en població jove .....	11
4.1	El consum de substàncies en persones joves amb mesures judicials	14
4.2	La relació entre consum de substàncies tòxiques i la delinqüència juvenil .....	16
4.3	Altres factors associats al consum de substàncies .....	17
4.4	L'evolució del concepte de trastorn per consum de substàncies al Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM).....	20
4.5	El desenvolupament de l'eina ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ).....	22
4.5.1	Experiència en l'aplicació de l'eina ASSIST en justícia .....	23
4.5.2	Adaptació de l'ASSIST en persones menors de 18 anys (ASSIST Young) .....	25
4.5.3	Diferències entre l'ASSIST adults v.3 i ASSIST-Young (de 15 a 17 anys) .....	25
4.6	Altres qüestionaris validats en població adolescent per a la detecció del consum d'alcohol, tabac i altres substàncies.....	29



4.6.1	Subescala d'Ús i Abús de Substàncies (POSITUAS) del Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).....	30
4.6.2	CRAFFT Substance Abuse Screening Test .....	30
4.6.3	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	32
4.6.4	Cannabis Abuse Screening Test (CAST) .....	32
4.6.5	Test de Fagerström de Dependència de la Nicotina (FTND).....	33
4.6.6	Escala severitat de la dependència (SDS).....	33
4.6.7	Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional Reduïda (MINI-KID) ...	34
5.	Metodologia.....	35
5.1	Unitat d'anàlisi i mostra.....	35
5.2	Procediment .....	37
5.3	Instruments d'avaluació .....	37
5.4	Anàlisis estadístic.....	39
5.5	Límits ètics i integritat en el procés de recerca.....	39
5.5.1	Tractament de dades personals de salut i confidencialitat .....	40
5.6	Pla de treball temporalitzat .....	41
6.	Resultats.....	42
6.1	Prevalença del consum de substàncies en la població objecte d'estudi.....	42
6.2	Estadístics descriptius .....	45
6.3	Validesa de constructe.....	46
6.3.1	Anàlisi Factorial Exploratori (AFE).....	47
6.3.2	Anàlisi factorial confirmatori (AFC) .....	48
6.4	Fiabilitat .....	49
6.5	Validesa discriminant .....	51
6.6	Validesa convergent.....	52

6.7	Validesa Concurrent.....	57
6.8	Influència de les variables sociodemogràfiques i el consum de substàncies .....	60
6.9	Relació entre el tipus de delictes i el consum de substàncies .....	65
7.	Discussió .....	71
7.1	Propietats psicomètriques ASSIST-Y .....	71
7.2	Prevalences de consum .....	73
7.3	Variables sociodemogràfiques i consum de substàncies tòxiques .....	74
8.	Limitacions i propostes de futur .....	76
9.	Referències bibliogràfiques .....	78
10.	Annexos.....	90
10.1	Annex 1. ASSIST-Y per joves de 15 a 17 anys .....	90
10.2	Annex 2. ASSIST-Y for young people-Aged 15-17 years.....	95
10.3	Annex 3. CRAFFT Screening Test (CRAFFT).....	105
10.4	Annex 4. Cannabis Screening Test (CAST).....	106
10.5	Annex 5. Test de Fagerström dependència Nicotina (FTND) .....	107
10.6	Annex 6. Severity of Dependence Scale (SDS).....	108
10.7	Annex 7. MINI-Plus International neuropsychiatric interview .....	109
10.8	Annex 8. Formulari recollida dades sociodemogràfiques .....	115
10.9	Annex 9. Document de consentiment informat.....	117
10.10	Annex 10. Estadístics descriptius de l'ASSIST-Y.....	120
10.11	Annex 11. Matriu dels components rotats mitjançant l'AFE .....	121
10.12	Annex 12. Validesa discriminant entre ASSIST-Y i l'Entrevista MINI-Plus.....	122

# 1. Introducció

La recerca que es presenta a continuació ha sorgit del treball de reflexió i investigació d'un grup heterogeni de professionals emmarcats dins del Programa de Comunitats de pràctiques dels Centres de Justícia Juvenil recolzat pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE). Aquest grup té com a objectiu general elaborar una Guia per la prevenció, detecció i tractament del consum de substàncies en menors atesos als centres de Justícia Juvenil.

Un dels objectius que té la Guia és millorar el mètode d'avaluació del consum de substàncies en el moment que la persona menor o jove compleix una mesura privativa de llibertat en un centre de Justícia Juvenil mitjançant un instrument de cribatge capaç de discriminar entre el consum moderat i el consum alt o perjudicial de substàncies.

Per aconseguir-ho s'ha portat a terme una recerca bibliogràfica a nivell nacional i internacional cercant quines eines, qüestionaris o tests estan validats en persones menors i joves amb una suficient validesa i fiabilitat per diferenciar entre el consum moderat i el consum alt o perjudicial. A més, s'ha valorat que aquests permetin vincular el tipus de consum amb la intervenció terapèutica més idònia per cada cas.

Fruit d'aquesta recerca i de les sinergies amb la Subdirecció General de Drogodependències (SGD) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASCAT) es va contactar amb el coordinador del grup de treball que va validar la prova detecció de consum d'alcohol, tabac i altres substàncies (ASSIST Working Group, 2002), en Robert Ali. Aquest ens va posar en contacte amb el seu grup d'experts de la Universitat Adelaide, Austràlia, que havien validat una versió de l'ASSIST per a ser aplicat en persones menors (10 a 14 anys) i per a joves (15 a 17 anys). Aquest grup precisament ha validat l'eina en població juvenil que està en el sistema judicial de menors d'Austràlia. L'eina ha presentat una alta fiabilitat i validesa.

L'equip de recerca de l'ASSIST working group ens va donar permís per adaptar i validar l'eina en el nostre context. Per portar a terme aquesta investigació es necessitaven recursos i recolzament institucional i per aquest motiu aquesta recerca va ser presentada en la convocatòria d'ajuts a la recerca, estudis i anàlisis en els àmbits de les mesures penals, la reinserció i l'atenció a la víctima, l'Administració de justícia, el dret civil català, l'ordenament jurídic i la ciència forense (RESOLUCIÓ JUS/3863/2021, de 28 de desembre) , atorgant-se la beca emmarcada dins de l'Àmbit de l'execució penal, la mediació penal i l'atenció a la víctima.

## 2. Hipòtesis i objectius

La hipòtesi que plantejem en aquesta recerca és que l'eina ASSIST-Y sigui vàlida per discriminar el consum de risc de substàncies tòxiques en la població atesa en un centre de Justícia Juvenil a Catalunya i d'aquesta manera planificar i desenvolupar programes d'intervenció específica per prevenir, incidir i reduir el consum de substàncies i, conseqüentment, la gravetat delictiva i la reincidència.

Per tant, l'objectiu general d'aquesta recerca és la validació i fiabilització de la prova de detecció de consum de tabac, alcohol i altres substàncies (ASSIST-Young) en persones menors i joves (15 a 17 anys) procedents d'un centre d'internament de Justícia Juvenil, en concret el Centre Educatiu Can Llupià.

Per poder realitzar la validació i fiabilització de l' ASSIST-Young aquesta recerca es basa en sis evidències empíriques, cadascuna d'elles correspon a un objectiu específic:

- a) Calcular la prevalença del consum de substàncies en la població objecte d'estudi.
- b) Avaluar la qualitat de les respostes dels ítems, mitjançant l'anàlisi descriptiu dels mateixos: mitjana, desviació estàndard, mediana, rang interquartil, asimetria i curtosi.
- c) Analitzar la validesa de constructe de l'estructura interna mitjançant l'Anàlisi Factorial Exploratori (AFE) i l'Anàlisi Factorial Confirmatori (AFC) quan es donin les condicions d'aplicació de cadascuna de les anàlisis (grandària mostral, colinealitat, distribució de normalitat multivariable –prova de Mardia–, la no existència de outliers, etc.).
- d) Avaluar la fiabilitat de les puntuacions mitjançant el càlcul de la consistència interna de les puntuacions obtingudes en les diferents subescales de cada substància mitjançant l'alfa de Cronbach (Cronbach, 1951).

- e) Establir la validesa discriminant comparant les puntuacions de l'ASSIST-Y dels següents grups: baix risc (joves sense problemàtica de consum o diagnòstic de TUS); risc moderat (joves amb diagnòstic d'abús de substàncies segons l'entrevista MINI-Plus); alt risc (joves amb el diagnòstic de dependència segons MINI-Plus).
- f) Provar la validesa convergent en funció de la relació de l'ASSIST-Y amb altres qüestionaris administrats simultàniament de referència en addiccions que avaluin constructes semblants. Per aconseguir aquest objectiu es compararan les puntuacions obtingudes en cada subescala segons la substància amb altres instruments que avaluin la mateixa substància mitjançant l'estadístic de correlació de Spearman o Pearson.
- g) Examinar la influència de variables sociodemogràfiques, història de violència prèvia, tipus de delictes, tipus de mesura i reincidència en les puntuacions de la prova l'ASSIST-Y.

### **3. Context i marc teòric**

#### **3.1 La Justícia Juvenil a Catalunya**

El marc jurídic bàsic de la Justícia Juvenil a l'Estat espanyol es constituït per la Llei Orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels i les menors (LO 5/2000) i, pel reglament que la desenvolupa, aprovat pel Reial Decret 1774/2004, de 30 de juliol (RD 1774/2004). Des de l'aprovació de la LO 5/2000 fins l'actualitat, aquesta ha estat objecte de vuit modificacions posteriors que han suposat, en la majoria de les ocasions, un enduriment de les conseqüències jurídiques, un cert canvi de tendència sobre el redactat inicial i una resignificació els drets de les víctimes.

El marc normatiu de Justícia Juvenil a Catalunya es completa amb l'aprovació de la Llei 27/2001, de 31 de desembre, de Justícia Juvenil (Llei 27/2001). Aquesta Llei, té per objecte, regular les funcions que ha de complir l'Administració de la Generalitat de Catalunya en l'execució de les mesures adoptades pels i les jutges/ses i els tribunals en el marc de la LO 5/2000 i, en el desplegament dels programes destinats a donar suport als processos de reinserció de les persones que es troben dins l'àmbit de la seva aplicació. La seva finalitat, tal com estableix en el seu article 2, és promoure la integració i la reinserció social de les persones menors i joves a les quals s'aplica, mitjançant les actuacions i els programes que es duen a terme en interès d'elles, els quals han de tenir un caràcter fonamentalment educatiu i responsabilitzador.

#### **3.2 Les mesures judicials a Justícia Juvenil i la seva finalitat**

Segons la LO 5/2000 són responsables penals les persones majors de 14 anys i menors de 18 anys per la comissió dels fets delictius contemplats al Codi Penal o lleis penals especials. Les mesures que es poden acordar com a resposta a la comissió de delictes realitzats per els i les menors d'edat responsables penalment estan taxades a la mateixa i, només poden ser acordades pels jutges i les jutgesses de Menors, com a resultat del procediment judicial especial previst per a menors infractors i infractores.

Totes les mesures imposables queden recollides, per ordre de restricció de drets, en l'article 7 de la LO 5/2000. Aquestes s'engloben en tres tipus: les mesures privatives de llibertat de caràcter educatiu o terapèutic, mesures no privatives de llibertat de caràcter educatiu o terapèutic i les mesures no privatives de llibertat restrictives de determinats drets.

Atenent a la mostra del present estudi, indicarem les mesures privatives de llibertat, ja que són les que s'executen als centres de Justícia Juvenil:

- Internament en règim tancat.
- Internament en règim semiobert.
- Internament en règim obert.
- Internament terapèutic en règim tancat, semiobert o obert.
- La permanència de cap de setmana al centre.

Totes aquestes mesures d'internament poden ser imposades judicialment de manera cautelar quan hi hagi indicis racionals de la comissió del delicte, risc d'eludir o obstruir la justícia o risc de tornar a atemptar contra la víctima. Les mesures cautelars poden durar fins que es dicta sentència, però en el cas de les mesures d'internament es poden acordar per un màxim de sis mesos prorrogables fins a nou.

La Llei catalana 27/2001, estableix que les mesures han de promoure en les persones menors i joves infractores la responsabilitat dels propis actes i la comprensió de l'efecte que aquests tenen sobre els altres, com a estímul del procés del canvi de llur conducta, així com la integració i la reinserció social, mitjançant programes de caràcter educatiu i responsabilitzador.

A més a més, aquesta Llei contempla una sèrie de principis inspiradors de l'execució de mesures que venen recollits en el seu article 6, com ara:

- el respecte al lliure desenvolupament de la personalitat;
- l'adequació de les actuacions a l'edat, les circumstàncies personals i socials dels i les menors i dels i les joves;



- el foment de la col·laboració de la família, representants legals o persones tutores;
- el caràcter preferentment interdisciplinari en la presa de decisions que afectin a la persona menor o jove, entre d'altres.

### **3.3 El Centre Educatiu Can Llupià i les seves particularitats**

El Centre Educatiu Can Llupià (d'ara endavant CE Can Llupià), creat mitjançant l'ORDRE JUS/68/2007, de 20 de març, a Barcelona, és un centre de Justícia Juvenil que depèn de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil del Departament de Justícia, Drets i Memòria de la Generalitat de Catalunya.

L'activitat del CE Can Llupià en l'exercici de les funcions, regulades per la Llei 27/2001, té com a objectius fonamentals l'atenció socioeducativa individualitzada, la integració i la reinserció social de les persones menors i joves sentenciades a mesures d'internament, mitjançant l'aplicació de programes educatius i, també, la custòdia de totes les persones internades amb mesures cautelars o definitives. Per tant, en aquest centre es poden complir totes aquestes mesures i, amb les finalitats descrites, tot i que les mesures d'internament en règim obert es compliran preferentment en centres oberts.

Per tal d'aconseguir els seus objectius el CE Can Llupià té una previsió d'ocupació màxima de 74 menors i joves de gènere masculí, distribuïdes en 4 unitats de convivència. A més, el centre compta amb una Unitat d'Ingressos on es fa l'acollida de tots els menors i joves que arriben procedents de llibertat o traslladats d'altres centres durant un breu període de temps facilita l'estudi i l'assignació a una de les quatre unitats esmentades.

En comparació a la resta de centres, el CE Can Llupià té diverses particularitats a tenir en compte en quant algunes d'elles han incidit en la recollida de la mostra del present estudi. CE Can Llupià és el centre que normalment rep als menors i joves procedents de llibertat, ja que és el designat per a d'execució de

mesures cautelars i definitives en un primer moment. Només, en casos excepcionals els nois poden ingressar directament a altres centres. Per tant, és on la immensa majoria de menors i joves que passen pels centres de Justícia Juvenil experimenten l'adaptació a la pèrdua del seu dret de llibertat deambulatòria, la dinàmica i normativa de centre, així com l'adquisició de nous hàbits. Depenent de l'edat i del tipus de mesura imposada, el menor podrà continuar el compliment al CE Can Llupià o serà derivat a un altre centre, ja sigui per ser més proper al seu domicili o, perquè sigui més adequat per al compliment de la mesura segons el mapa de centres establert per la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i Justícia Juvenil. Per tant, és un centre que deriva a la resta de centres quan les circumstàncies del menor o jove així ho aconsellin i, de vegades, aquest trasllat a d'altres centres pot ser als pocs dies de la seva arribada al CE Can Llupià.

Així mateix, el fet que CE Can Llupià sigui el centre on normalment els menors i joves inicien les seves mesures d'internament, fa que els equips multidisciplinaris del centre siguin els encarregats d'avaluar els factors de risc i de protecció que els menors i joves presenten en aquest moment inicial del compliment de la mesura. Una vegada identificats els factors de risc sobre els que cal incidir amb l'objectiu, de promoure la millora tant a nivell individual com social del noi, s'elabora el pla de treball individualitzat en el que s'estableixen els objectius que cal anar assolint i, les accions que cal portar a terme per aconseguir-ho.

### **3.4 El marc jurídic de la detecció i l'abordatge de consum de substàncies tòxiques als centres de Justícia Juvenil**

La identificació del consum de substàncies tòxiques, l'establiment de programes especialitzats i l'abordatge als centres de Justícia Juvenil, són contemplats com a imperatius dirigits als Estats, a través de la normativa internacional. Estan establertes com a obligacions legals i reglamentàries a les administracions públiques encarregades de l'execució de les mesures d'internament acordades pels jutges i jutgesses de les persones menors, amb l'objectiu de promoure la seva integració i reinserció social.

La Convenció sobre els Drets del Nen (adoptada per l'Assemblea General de Nacions Unides el 20 de novembre de 1989), ratificada per l'Estat espanyol al 1990, indica en el seu article 33 que els Estats adoptaran totes les mesures apropiades, incloses les legislatives, administratives, socials i educatives per a protegir a les persones menors contra l'ús dels estupefaents i substàncies psicotròpiques, la producció i el tràfic.

Les Regles de Nacions Unides per a la protecció de menors privats de llibertat (Regles de l'Havana, 1990) indiquen, en el seu article 51 que els serveis mèdics hauran de tractar de detectar i tractar tota malaltia física o mental, tot ús indegut de substàncies químiques i qualsevol altre estat que pogués constituir un obstacle per a la integració del o la jove a la societat. Així mateix, en el seu article 54 refereix que els centres de detenció de persones menors hauran d'organitzar programes de prevenció de l'ús indegut de drogues i de rehabilitació administrat per personal qualificat. Aquests programes hauran d'adaptar-se a l'edat, al gènere i, a altres circumstàncies dels i les menors interessats/des. A més a més, s'hauran d'oferir serveis de desintoxicació dotats de personal qualificat per les persones menors o joves que presentin dependència a substàncies tòxiques o alcohol. Per últim, l'article 55 indica que "només s'administraran medicaments per a un tractament necessari o per raons mèdiques i quan pugui, després d'obtenir el consentiment degudament informat del o la menor".

A nivell estatal, la LO 5/2000, fa referència concreta a l'abordatge del consum de substàncies en el seu article 7 lletra d) quan regula l'internament terapèutic en les diferents règims en que es pot acordar i, indica que es realitzarà una atenció educativa especialitzada o tractament específic dirigit a persones que pateixin (...) un estat de dependència de begudes alcohòliques, substàncies tòxiques o psicotròpiques (...).

La Llei 27/2001 fa referència als programes d'actuació especialitzada en el seu article 53, i és la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil mitjançant l'article 99.3 lletra a) de la Circular 1/2008, sobre disposicions comunes de funcionament dels Centres Educatius (actualitzada

amb el darrer annex de 2021), que disposa que en els projectes educatius dels centres que determini la Direcció General hauran de desenvolupar-se els programes d'actuació especialitzada de tractament de drogodependències i altres addiccions.

## **4. La prevalença consum de substàncies en població jove**

El consum de substàncies tòxiques és un fenomen transversal present en la nostra cultura que incideix de forma directa en una gran varietat d'àmbits i multitud de col·lectius, sent especialment més vulnerables les persones joves i adolescents que, per la baixa consciència de risc, acaben patint greus conseqüències tant per elles mateixes com per a terceres persones.

En la societat actual, el consum de substàncies tòxiques ha esdevingut un factor present en la socialització dels i les adolescents (Uceda-Maza i col., 2016) que naturalitzen aquest consum en els seus espais de relació i socialització immediats (escola, treball, entorn social, etc.) (Kelly i col., 2015).

Tanmateix, en termes de salut pública, la càrrega associada als trastorns per consum de substàncies i alcohol és més alta entre la població adolescent i adulta jove (Degenhardt i col., 2010; Whiteford i col., 2010). En la societat occidental cada vegada hi ha més estudis que posen en relleu que el consum abusiu o problemàtic d'alcohol i substàncies tòxiques en els i les adolescents és una de les principals causes de discapacitat, mort prematura i altres conseqüències negatives com són els problemes socials i familiars, l'augment de danys físics i mentals i la delinqüència (Toumbourou i col., 2007; Hingson i Zha, 2009; Ybrandt, 2010; Danielsson i col., 2012).

S'ha de mencionar que hi ha pocs estudis sobre el consum de substàncies entre adolescents de països d'ingressos baixos i mitjans, especialment a l'Àfrica subsahariana (UNODC, 2012). Informes recents suggereixen que les taxes d'ús de substàncies il·lícites i begudes perilloses són altes i poden seguir augmentant en aquests països (Peltzer, i col., 2007; Shield i col., 2013; UNODC, 2012; Informe sobre la salut en el mundo, OMS, 2002).

Espanya és un dels països amb major flux de menors i joves immigrants no acompanyats procedents dels països magrebins i subsaharians. Aquests joves presenten a edats primerenques consums abusius de substàncies tòxiques i, s'ha vist que tenen menys oportunitats i accés a habitatges, escolaritat,

ocupació i acaben residint en zones segregades i econòmicament desfavorables. Tots aquests factors provoquen un augment del risc de consum perjudicial de substàncies (Crum i col., 1996; Borjas, 1998; Åslund i col., 2011).

Des de l'any 1994 a Espanya de forma bianual es realitza una enquesta àmplia amb l'objectiu de conèixer la situació i les tendències en el consum de substàncies tòxiques i altres addiccions entre els estudiants de 14 a 18 anys que estan cursant l'Educació Secundària Obligatòria (ESO). Alhora la metodologia emprada és similar a l'utilitzada en altres països de la Unió Europea i Estats Units, això permet realitzar comparacions a nivell internacional (ESTUDES 1994-2021).

En aquests estudis transversals que es fan des de fa més de 20 anys es pot veure com és l'alcohol la substància psicoactiva més consumida entre aquesta població (73,9% ha consumit alguna vegada en la vida i el 53,6% durant l'últim mes). La segona substància és el tabac (38,2% ha fumat alguna vegada a la vida, 23,9% durant l'últim mes, i un 9% a diari). La tercera substància és el cànnabis (28,6% alguna vegada a la vida, 14,9% últims 30 dies i 1,6% a diari). S'ha de puntualitzar que es va observar un descens en el consum d'aquestes tres substàncies l'any passat.

Però la quarta substància més consumida i que ha anat augmentant en els darrers 5 anys entre la població adolescent són els hipnosedants (tranquil·litzants o somnífers) sense recepta mèdica. Observant-se que el 19,6% dels estudiants enquestats n'han pres alguna vegada a la vida, el 3,6% el darrer mes i el 1,4% a diari.

La següent substància il·legal més consumida és l'èxtasi (el 3,1% n'ha consumit alguna vegada a la vida, el 1,8% últim mes i 0,6% a diari). El consum de cocaïna en format pols o base ha anat baixant fins arribar al percentatge més baix històricament registrat (2,8% alguna vegada a la vida, 0,6% últim mes). La resta de substàncies psicoactives (derivats mòrfics, GHB, esteroides, amfetamines, metamfetamines, heroïna, al·lucinògens, inhalants volàtils, etc.) es situen per sota de l'1% alguna vegada a la vida.

A més a més, el consum de cànnabis ha anat augmentant significativament en aquesta població, sent la primera substància il·legal a nivell internacional més consumida després de l'alcohol i el tabac. El consum de cànnabis s'associa amb un augment del risc de desenvolupar trastorns de la conducta i psicosi (Gage i col., 2016; Mustonen i col., 2018). Aquest risc augmenta en relació amb la freqüència de consum i la potència del cànnabis (Di Forti i col., 2019).

Certament, el consum de cànnabis s'associa al consum d'altres substàncies tòxiques i addiccions i, a altres efectes adversos com són: ansietat, depressió, problemes atencionals, accidents de trànsit, malalties respiratòries com ara l'asma, inclòs efectes cardiovasculars aguts com ara l'infart agut de miocardi (Volkow i col., 2014; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2017). Finalment, s'ha estimat que el 8% de la incidència d'esquizofrènia en persones joves podria estar relacionada amb el consum de cànnabis (Feeney i Kampman, 2016).

Per aquests motius en l'enquesta sobre l'ús de drogues en l'educació secundària a Espanya (ESTUDES, 1994-2021) des de l'any 2006 s'ha inclòs l'escala Cannabis Abuse Screening test (CAST) que, mitjançant els punts de tall, diferencia entre població que té un consum problemàtic de cànnabis de la que no el té. En l'última enquesta s'ha observat un augment de dos punts percentuals en el consum perjudicial de cànnabis entre la joventut de 14 a 18 anys, sent del 17,8%.

A la vegada, s'ha observat que entre els consumidors problemàtics de cànnabis hi ha un vincle comportamental amb el consum intensiu d'alcohol. Aquests presenten el doble de *binge drinking*<sup>1</sup> i borratxeres en l'últim mes que els consumidors no problemàtics, exposant-se a un major risc de patir accidents i intoxicacions greus.

Com a conclusió s'ha de tenir en compte que aquestes enquestes recullen població adolescent entre els 14 i 18 anys que estan escolaritzades i cursant els seus estudis. Per tant, les persones joves amb problemes socials i especialment, amb problemes amb la Justícia, no solen estar reflectits en

---

<sup>1</sup> Es refereix al consum de 5 o més begudes alcohòliques en la mateixa ocasió (ESTUDES 1994-2021, pp.29).

aquestes enquestes, donat que estan realitzant programes de formació i inserció laboral o presenten absentisme, sent refractaris del sistema escolar i quedant fora de l'abast de les enquestes.

#### **4.1 El consum de substàncies en persones joves amb mesures judicials**

Existeix una major prevalença i problemàtica de consum d'alcohol i altres substàncies tòxiques entre la població que té problemes amb la justícia, tant en l'àmbit d'adults com en la Justícia Juvenil, si ho comparem amb la població general. A més a més, la majoria d'aquestes persones reconeixen que l'última vegada que van delinquir ho van fer sota els efectes d'aquestes substàncies (Bañuls-Oncina i col.,2019; McReynolds i col., 2010; Arroyo Fernández i col., 2012).

A Catalunya no existeix un observatori que aglutini les dades epidemiològiques sobre el consum de substàncies tòxiques en població que compleixi mesures judicials a la jurisdicció dels i les menors com tampoc en l'etapa adolescent ni en les persones adultes joves. Així doncs, les dades que es disposen provenen de les enquestes de salut i consum de substàncies tòxiques administrades a les persones internades en institucions penitenciàries d'Espanya (ESDIP, 2016) i, per tant, pertanyen a població adulta.

En aquestes enquestes es pot veure com la població reclusa inicia el consum de substàncies tòxiques a edats més primerenques que la població general, uns dos anys abans en la majoria de substàncies i entre 6 i 13 anys de diferència en inhalants i tranquil·litzants.

Quant al consum de substàncies previ a l'ingrés a presó, aquests eren el doble o el triple en comparació amb la població general. Per exemple, el consum de cànnabis últim any era del 42,2% en població reclusa en front al 9,2% població general; el de cocaïna pols (30,7% vers 1,9%), els tranquil·litzants (15,7% vers 2,3%) i les amfetamines (7,3% vers 0,5%).

Malauradament, aquesta manca de dades epidemiològiques de consum de substàncies en població en centres de Justícia Juvenil no permet obtenir



informació útil per desenvolupar i avaluar, sobre la base de coneixement, programes d'intervenció adients per prevenir, incidir i reduir el consum de substàncies i, conseqüentment, la gravetat delictiva i la reincidència.

Sobre aquesta necessitat d'avaluació i gestió del risc de reincidència, el Departament de Justícia compta des de l'any 2009 amb una eina validada i sustentada empíricament com és la valoració estructurada de risc de violència en joves basada en la Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY i col., 2003).

Aquesta eina conté 24 ítems agrupats en 4 factors de risc: històrics, socials o contextuals, individuals i de protecció. Dintre dels factors de risc individuals s'avalua els problemes amb els consums de substàncies com són l'alcohol i altres substàncies tòxiques. La codificació d'aquesta problemàtica conté una valoració en funció de la descripció qualitativa de cada ítem i, es pot classificar com a baixa, moderada o alta.

L'any 2010 es va obtenir per primera vegada, mitjançant l'eina SAVRY, dades relacionades amb problemes de consum de substàncies en les i els menors atesos en Justícia Juvenil (Blanch Serentill i col., 2017). Els autors van extreure que la gran majoria dels i les joves que complien un internament presenten un risc moderat o alt en aquest factor (84,1%). Mentre que la proporció de les persones joves de llibertat vigilada era gairebé la meitat (46,5%) però reincidien en una proporció més gran que els i les joves amb risc baix de consum de substàncies.

Si es comparen aquestes dades amb les extretes l'any 2020 d'una mostra de 306 menors i joves internats al CE Can Llupià, els resultats mostren que el 53,27% (n=163) presenten un risc alt en problemàtica de consum de substàncies i, el 27,8 % (n=81) un risc moderat. Per tant, el 81 % del total de la mostra presenta consum problemàtic de drogues. Alhora aquest factor ha estat codificat com a crític en el 50% (n=153) dels joves. Si a més a més avaluen el consum de substàncies en els joves reincidents (n=271), el risc en problemes de consum de substàncies és significativament major sent del 88,56% (68,4% alt risc i 34,6% moderat). Per tant, el consum de substàncies tòxiques segueix sent una de les variables que té un pes important en les conductes

delinqüencials i en la reincidència (dades obtingudes de l'Àrea de Planificació Projectes Estratègics de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima, SMPRAV, 2020).

Aquestes dades posen de relleu que la gran majoria d'aquesta població ha experimentat abans de l'ingrés al centre dificultats greus relacionades amb el consum d'alcohol o substàncies tòxiques, és a dir, abús freqüent de substàncies o antecedents d'agressions o violència prèvia sota els efectes de substàncies.

Si comparem aquestes dades amb les dades obtingudes sobre l'ús de drogues en estudiants d'ensenyament secundària en joves de 14 a 18 anys (ESTUDES, 1994-2021) la prevalença de consum de substàncies entre la població adolescent de la mateixa edat en el centres educatius de Justícia Juvenil, es tripliquen i apareixen consums abusius de les mateixes, amb patrons de poli-consum i consum de psicofàrmacs. En concret, l'any 2020 dels 306 joves d'entre 14 i 18 anys que van ingressar al CE Can Lluçà, el 55,5% (n=166) presentaven trastorn per ús de substàncies i van requerir tractament psicofarmacològic i terapèutic. D'aquests, el 50% presentaven addicció a la cocaïna, el 17% al cànnabis, el 7% als inhalants i el 5% als hipno-sedants i el 5% als derivats amfetamínics (Dades obtingudes de l'Equip de Salut Mental i Addiccions, ESMIA).

## **4.2 La relació entre consum de substàncies tòxiques i la delinqüència juvenil**

Són diversos els estudis que evidencien, també en el cas de la Justícia Juvenil, la multicausalitat d'aparició tant de la conducta delictiva com del consum de substàncies tòxiques i la relació entre ambdues, en la línia que a major incidència delictiva, major dependència en el consum de substàncies.

De fet, el consum de substàncies tòxiques és un dels factors de risc sobre el qual hi ha més acord en la literatura científica respecte a la capacitat de predicció de les conductes delictives, així com de la seva capacitat de predicció del risc de reincidència (Monteiro, 2018; Blanch Serentil i col., 2017; Uceda-

Maza i col., 2016; Jiménez-Martos i Rosser Liminañol, 2013; López i Rodríguez-Arias, 2012; McReynolds i col., 2010 i Capdevila i col., 2012).

Certament, la correlació entre el consum de substàncies i la delinqüència és directament proporcional, ja que l'augment de l'abús i la dependència es veu traduïda en una major probabilitat de cometre infraccions penals i de veure's involucrats en dinàmiques exponencials que reforcen el binomi consum de substàncies-delictes (Uceda-Maza i col., 2016).

Uns bons exemples són les recerques portades a terme sobre violència filoparental de Pagani i col. (2004 i 2009 ) i Loinaz i col., (2020), que van trobar associacions predictives significatives entre nivells elevats de consum de substàncies i agressions físiques o verbals cap a la mare i al pare. En concret, els i les adolescents que informaven d'un consum alt de substàncies duplicaven el nombre d'agressions físiques cap els pares i es mostraven més desinhibits a nivell verbal quan havia un conflicte a nivell familiar.

Per aquests motius, el consum problemàtic de substàncies és un dels factors de risc individual que es valora en el moment que un jove ingressa en un centre de Justícia Juvenil, ja que s'ha vist una relació empíricament directa associada amb les conductes dissocials, delinqüencials i el risc de reincidència.

Finalment, no podem obviar que hi ha altres factors presents que estan darrera d'ambdós comportaments, el delictiu i el de consum de substàncies tòxiques, com ara situacions de vulnerabilitat familiar o d'exclusió social o una síndrome de comportament antisocial general (Contreras i col., 2012, Valenzuela i Larrouret, 2010; Esbec i Echeburúa, 2016).

### **4.3 Altres factors associats al consum de substàncies**

La delinqüència i el consum de tòxics es relacionen més o menys directament amb els estils de vida, patrons de comportament i factors de vulnerabilitat del subjecte en moments evolutius especialment crítics com són l'adolescència i la joventut (Walters, 2014; Esbec i Echeburúa, 2016).

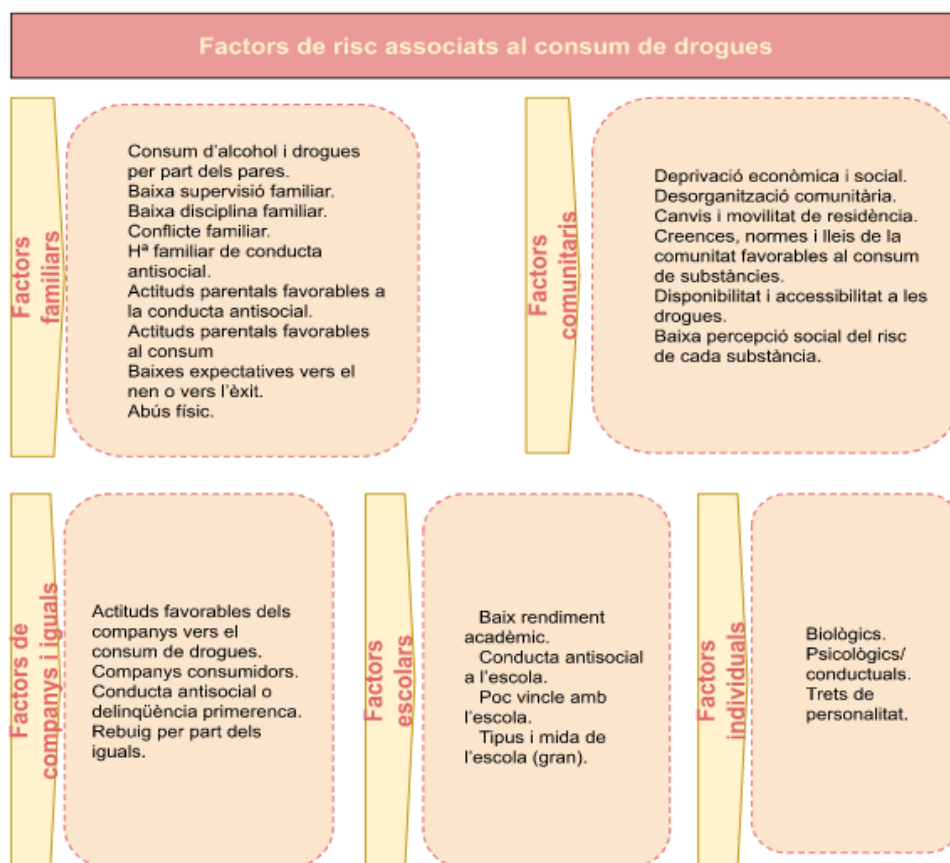
Becoña i Cortés (2016) van elaborar una àmplia revisió dels factors de risc i de protecció més rellevants en el consum de substàncies i els van agrupar en 5

categories: factors familiars, comunitaris, dels i les iguals, escolars i individuals (veure figura 1).

Segons Uceda-Maza i col., (2016) el consum de substàncies es veu influenciat pel context social en que es troben les persones menors, en concret destaquen el consum de substàncies en el grup d'iguals i l'existència de problemàtica de consum en els progenitors o altres membres de la família.

Així mateix, en ocasions la delinqüència i el consum de substàncies tòxiques es relacionen més o menys directament amb els estils de vida, patrons de comportament i factors de vulnerabilitat del subjecte en moments evolutius especialment crítics com l'adolescència i joventut (Walters, 2014; Esbec i Echeburúa, 2016).

**Figura 1. Quadre resum dels factors de risc associats al consum de drogues**



Font: autores, adaptat de Becoña i Cortés, 2016

En la mateixa línia, López i Rodríguez-Arias (2012) van avaluar els factors de risc i de protecció en el consum de substàncies i la conducta antisocial en una mostra de 2440 alumnes amb edats compreses entre els 12 i els 18 anys.

Els resultats mostraven que els factors de risc i de protecció amb més capacitat predictiva són fonamentalment aquells relatius a l'individu i al grup d'iguals.

El recent estudi de Yurrebaso i col., (2022) va analitzar els factors de risc i de protecció proposats pel Model del Triple Risc Delictiu (TRD, Redondo, 2008) utilitzant una mostra de població espanyola de 44 joves d'entre 14 i 18 anys. Els resultats pel que fa als riscos individuals i de personalitat amb major presència són: la cerca de sensacions i experiències arriscades i la baixa tolerància a la frustració. També, aquests autors, observen una major predisposició en aquest grup d'estudi a la impulsivitat, la intranquil·litat i l'egocentrisme.

Finalment, pel que fa als riscos associats amb les carències prosocials, els menors havien iniciat la carrera delictiva de manera precoç (primera detenció als 14 anys), conviuen en un barri amb problemes socials i el grup d'iguals estava relacionat amb la delinqüència. En relació amb la família destacaven una tendència a un entorn conflictiu. En referència a les conductes infractores i delictives realitzades pels menors, destacaven els comportaments antisocials o desviats com l'inici precoç del consum de substàncies legals i il·legals i el manteniment d'aquests consums.

En l'estudi *Juvenile Justice Mental Health Services* (Thomas i Penn, 2002) dut a terme als centres de Justícia Juvenil dels EEUU, van trobar una major prevalença de trastorns mentals, emocionals i comportamentals en les persones joves internades en comparació amb les dades de la població general. El diagnòstic de trastorn de conducta representa entre el 30 i el 90%, el trastorn per ús de substàncies està present en el 62% dels joves, el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) en el 7 i 46% de la població estudiada, els trastorns per ansietat entre el 8 i el 36% dels joves i el trastorn per estrès post-traumàtic (TEPT) o altres trastorns relacionats amb l'estrès en el 32% dels adolescents.

En l'estudi de reincidència dels joves amb trastorn mental atesos al sistema de Justícia Juvenil de Catalunya elaborat per Siñol i col., (2018) els resultats mostraven que els joves amb trastorns relacionats amb el consum de substàncies (és a dir, amb patró de dependència i independentment de la gravetat de la patologia comòrbida detectada), presenten una reincidència del 53,5%, sent el grup amb la segona reincidència global més elevada, només superada pels joves amb trastorn mental sever (60%).

#### 4.4 L'evolució del concepte de trastorn per consum de substàncies al Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM)

L'any 2013, l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) va publicar la cinquena edició del DSM. Tot i que hi ha molts punts que es mantenen de les edicions anteriors, també hi han algunes diferències en relació amb la classificació dels trastorns dedicats al consum de substàncies tòxiques.

A continuació exposem aquestes diferències de manera esquemàtica (Taula 1).

**Taula 1. Resum de les diferències més significatives entre DSM-IV i DSM-V**

DSM-IV	DSM-V
<p>El capítol dedicat al consum de substàncies es titula <i>Trastorns relacionats amb substàncies</i> i es divideix en:</p> <p>a) Trastorn per consum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependència</li> <li>• Consum</li> </ul> <p>b) Trastorns induïts per substàncies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicació</li> <li>• Abstinència</li> </ul>	<p>Canvia la nomenclatura del trastorn i passa a anomenar-se <i>Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius</i>. Es divideix en:</p> <p>a) Trastorns per consum de substàncies</p> <p>b) Trastorns induïts per substàncies</p>
<p>Quant al consum d'alcohol diferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abús d'alcohol</li> <li>• Dependència a l'alcohol</li> </ul>	<p>En relació a l'alcohol, integra abús i dependència en un únic trastorn per consum d'alcohol.</p>

DSM-IV	DSM-V
<p>Diferència entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abús (consum continuat que ocasiona problemes en diferents esferes de la personal o posa en perill la pròpia vida o dels altres)</li> <li>Dependència (patró desadaptatiu de consum que comporta deteriorament o malestar clínicament significatiu).</li> </ul>	<p>No separa diagnòstic d'abús i dependència.</p> <p>El trastorn és entès ara com la suma dels criteris d'abús i dependència que feia el DSM-IV.</p> <p>S'entén que l'abús i la dependència continuen existint però com un contínuum, no com un estat estàtic de la persona.</p>
<p>El llindar per establir diagnòstic: un o més criteris per abús de substàncies i de tres o més per diagnòstic de dependència.</p>	<p>DSM-V parla de severitat del quadre clínic: lleu (dos o més símptomes), moderat (quatre o cinc ), i greu (més de sis).</p> <p>S'ha suggerit que la categoria baixa equival a la classificació d'abús que feia el manual anterior, i les de moderades i severes, a la classificació de dependència.</p>
<p>DSM-IV inclou dotze substàncies: alcohol, al·lucinògens, amfetamina, cafeïna, cànnabis, cocaïna, fenciclidina, inhalants, nicotina, opiacis, sedants/hipnòtics o ansiolítics, altres substàncies o desconegudes.</p>	<p>Les substàncies passen a ser deu: alcohol, cafeïna, cànnabis, al·lucinògens (fenciclidina i altres al·lucinògens) inhalants, opiacis, sedants, hipnòtics i ansiolítics, estimulants, (substàncies amfetamíniques, cocaïna, altres estimulants), tabac i altres substàncies (o desconegudes).</p>
<p>Parla d'intoxicació per cafeïna i intoxicació per consum de cànnabis.</p> <p>L'abstinència a la cafeïna estava inclòs en l'Apèndix B com a criteris i eixos proposats per estudis posteriors.</p>	<p>L'abstinència de cànnabis i l'abstinència per consum de cafeïna passen a ser nous trastorns.</p>
<p>No inclou el criteri de <i>craving</i> o desig intens per consumir la substància com a criteri de dependència.</p>	<p>Inclou com a novetat el concepte de <i>craving</i> o desig intens per consumir i l'afegeix com a criteri.</p>
<p>Inclou el criteri de problemes legals o amb la Justícia com a criteri de dependència.</p>	<p>Elimina el criteri de problemes legals.</p>

## 4.5 El desenvolupament de l'eina ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

L'any 1997 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va promoure la validació a nivell mundial del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) amb l'objectiu de validar un instrument de cribratge ràpid que permetés identificar a aquelles persones que estan en risc de patir danys en la seva salut degut al consum de substàncies.

L'eina ASSIST va ser desenvolupada per un grup internacional d'experts especialistes en addiccions (WHO ASSIST Working Group, 2002). El qüestionari final està compost per vuit preguntes que estableixen punts de tall per classificar el consum de 10 substàncies tòxiques (tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, estimulants tipus amfetamines, hipnosedants sense prescripció mèdica, inhalants, opioides o derivats mòrfics, al·lucinògens i altres substàncies) en baix risc, risc moderat o risc perjudicial.

Una altra consideració rellevant és que l'eina ASSIST està pensada per dissenyar i aplicar la intervenció més adequada i necessària per ajudar a la persona amb consum moderat i perjudicial de substàncies a prendre'n consciència. Aquesta acció es duu a terme mitjançant la informació de les puntuacions obtingudes en les diferents substàncies, obrint un debat obert amb la persona mitjançant els fonaments de l'entrevista motivacional<sup>2</sup> per què la persona accepti consell breu i, en cas de consum perjudicial, una intervenció intensiva especialitzada.

Un altre punt a destacar és que l'ASSIST es pot utilitzar de manera independent per avaluar el consum de substàncies en població general o en col·lectius d'alt risc amb consums de substàncies. També, pot ser utilitzada per monitoritzar el progrés d'una persona consumidora de substàncies al llarg del temps.

---

<sup>2</sup> L'entrevista motivacional va ser desenvolupada per Miller y Rollnick, 1991, té com a objectiu ajudar a les persones a canviar una conducta problema i té quatre fonaments bàsics: expressar empatia, crear discrepància entre la conducta actual i objectius futurs, evitar la discussió i, finalment, donar un gir a la resistència (Bennett, 1992)



A més a més, l'ASSIST ha mostrat una elevada sensibilitat i especificitat per discriminar la població amb patró de dependència de la població amb patró d'abús. És un instrument neutre culturalment, de forma que es pot aplicar a persones procedents de diferents països, cultures i gèneres. És un instrument fàcil i àgil d'aplicar i està pensat perquè professionals no experts en addiccions puguin utilitzar-lo i identificar la població objecte d'intervenció especialitzada (WHO ASSIST Working Group, 2002).

L'ASSIST ha estat validat a població espanyola per Valladolid i col. (2014) i amb població ingressada amb trastorns de salut mental per López-Lazcano i col. (2021), resultant altament fiable per la detecció de problemàtica de consum de substàncies tant en atenció primària com en unitats d'hospitalització. Aquesta eina, però, té la dificultat que està pensada per ser utilitzada en població adulta de 18 anys fins els 60 anys.

#### **4.5.1 Experiència en l'aplicació de l'eina ASSIST en justícia**

A nivell internacional s'ha discutit en els darrers 20 anys la importància d'incloure eines estandarditzades i validades pel cribratge del consum de substàncies com a bones pràctiques en els centres de Justícia. Això ve donat per la relació estadística predictiva entre el consum abusiu i perjudicial de substàncies amb el risc de reincidència o l'escalada de conductes infractores o delinqüencials en aquesta població (Thomas i col., 2015 i Taxman i col., 2007).

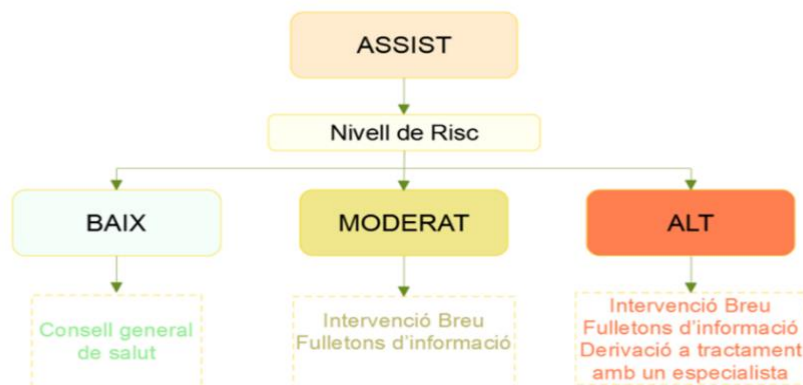
Durant aquests anys s'han anat desenvolupant diferents eines que han estat validades i utilitzades en els diferents centres de Justícia d'adults com ara el *Substance Use screening Inventory* (SASSI); el *Drug Screening Questionnaire* (DAST) o el *Severity of Dependence Scale* (SDS) entre d'altres. Malgrat aquesta proliferació d'eines, existeix el dubte si estan servint per millorar el tractament i la intervenció en les persones privades de llibertat (Latessa i col., 2002).

Els dubtes en relació amb l'aplicabilitat d'aquestes eines de cribratge són: manca de temps que tenen alguns tècnics de Justícia per poder-les administrar; preocupació relativa a que la majoria d'aquests professionals no se

senten degudament formats o capaços per poder intervenir davant del consum problemàtic de substàncies; la preocupació que tenen els professionals en saber com encaixar el cribratge i la intervenció breu<sup>3</sup> amb altres intervencions o necessitats criminològiques i, finalment, la preocupació que les respostes que donin les persones enjudiciades no siguin honestes o puguin reaccionar de manera hostil o poc col·laboradora (Humenuik i col.,2016).

Recentment Humenuik i col., (2016) de la Universitat d'Adelaide (Austràlia) han portat a terme una recerca per avaluar la factibilitat i l'eficàcia de l'eina ASSIST en adults privats de llibertat al Sud d'Austràlia. El resultat conclou que l'eina ASSIST és adequada per avaluar el risc de consum de substàncies en persones privades de llibertat o que estan complint una mesura judicial. A més, els professionals de Justícia poden de manera fàcil i pràctica intervenir de manera estructurada i eficaç depenent del patró de consum obtingut en les puntuacions finals del qüestionari ASSIST (veure figura 2).

**Figura 2. Diagrama de flux del tipus d'intervenció segons el patró de consum de substàncies (adaptat de Humenuik i col., 2016).**



<sup>3</sup> La Intervenció breu va ser definida per l'Organització Mundial de la Salut com una intervenció de curta durada (entre 5 i 15 minuts) que dona *feed-back* o retroalimentació i consells de salut en les persones que presenten consum de risc o perjudicial d'alcohol i altres substàncies tòxiques amb l'objectiu de que redueixin o eliminin el consum.

#### **4.5.2 Adaptació de l'ASSIST en persones menors de 18 anys (ASSIST Young)**

El mateix grup d'experts que ha validat l'eina ASSIST en població reclusa Australiana, amb el recolzament de l'OMS han adaptat la versió ASSIST d'adults a una versió per ser utilitzada en menors de 10 a 14 anys i, una altra versió, per ser utilitzada en joves de 15 a 17 anys. (Humeniuk, i col., 2016).

Per l'adaptació i validació de l'eina en joves es van seguir 4 fases:

1. Revisió extensa de la literatura científica en relació amb qüestionaris validats per aquesta població i eficàcia de les intervencions breus en població adolescent.
2. Càlcul estimat de possibles respostes en joves.
3. Panel d'experts que determinin punts de tall, revisin els ítems i vinculin amb les intervencions breus i els supòsits de l'entrevista motivacional més adients per produir un canvi en el consum de risc de substàncies tòxiques que presentin les persones menors i joves. En aquest cas s'ha comptat amb 8 experts, 7 professionals experts en salut comunitària i 1 psiquiatra expert en adolescents i consum de substàncies.
4. Desenvolupament de la primera versió del qüestionari, elaborat en un llenguatge facilitador per a joves.

Fruit d'aquesta recerca s'ha pogut desenvolupar la versió del qüestionari ASSIST Young (15 a 17 anys) i s'ha creat una Guia amb el material de suport necessari per tal de que persones no expertes en addicions puguin passar el qüestionari i puguin dur a terme les intervencions i els consells motivacionals adients per a aquesta població (veure annex 1 i 2).

#### **4.5.3 Diferències entre l'ASSIST adults v.3 i ASSIST-Young (de 15 a 17 anys)**

La versió per a persones joves manté l'estructura de l'ASSIST d'adults però existeixen diferències significatives.

La primera diferència està en el nombre de preguntes i el contingut de les mateixes. La versió de l'ASSIST Young per a joves de 15 a 17 anys conté 7 preguntes, una pregunta menys que l'ASSIST d'adults que conté 8 preguntes. Però a més, algunes d'aquestes s'han adaptat completament a les fases del desenvolupament del jove i especialment volen detectar aquells consums que no són d'ús recreatiu i ocasional de les substàncies.

També cal fer menció que les preguntes van dirigides a detectar els problemes més freqüents que es poden observar en aquesta població quan existeix un consum alt o abusiu, com són: l'aparició de problemes en el rendiment escolar, problemes conductuals, baralles o discussions familiars, reducció del pes, problemes de salut mental (ansietat, depressió o trastorns psicòtics), escapoliments de casa o de l'escola, viure al carrer o en cases ocupades i tenir problemes amb la policia o amb la justícia.

La principal diferència entre la versió de l'ASSIST per a adults i la versió per a joves de 15 a 17 anys es troba en la reformulació de la pregunta 3 i l'eliminació de la pregunta 7. A continuació raonem aquests canvis:

La pregunta 3 de la versió adulta de l'ASSIST ha estat canviada completament, donat que aquesta valora les ànsies o la necessitat imperiosa de consumir la substància, l'anomenat en la cultura anglosaxona com a *craving*. El *craving* o les ànsies per consumir són un indicador molt rellevant per avaluar la dependència a la substància en persones adultes, però no sol ser un bon indicador en els joves. Específicament, en la versió de l'ASSIST-Y aquesta pregunta s'ha reelaborat amb l'objectiu de determinar si una persona jove ha passat d'utilitzar les substàncies pels seus efectes de reforç positiu, com ara per l'ús recreatiu i social, a utilitzar substàncies per als seus efectes negatius de reforç (per exemple, per no pensar, per aconseguir dormir o per evitar emocions o situacions estressants desagradables). D'aquesta forma, aquest ítem es pregunta el següent: Has consumit quan has estat lluny de les teves situacions socials habituals o dels teus amics (per exemple, quan estàs sol/a)? Si la resposta és que sí, amb quina freqüència ha passat això en els darrers tres mesos?

La pregunta 7 de la versió adulta de l'ASSIST s'ha eliminat donat que pregunta sobre els intents fallits de controlar, reduir o aturar l'ús de substàncies. Aquesta pregunta és un indicador de pèrdua de control i de dependència més característic en població adulta que té una història de consum de substàncies a llarg termini i per tant, és una pregunta irrellevant per a fer-la en joves, donat que aquests tenen menys probabilitats de tenir un consum de substàncies a llarg termini i, per tant, menys probabilitat de ser dependents o haver experimentat intents fallits de deixar de consumir. A més a més, es va valorar que aquesta pregunta a nivell conceptual era més complexa que les altres preguntes i podia resultar difícil de respondre pels joves.

La segona diferència entre la versió ASSIST d'adults i la de joves són els punts de tall i el nivell de consum. Els punts de tall de la versió per a joves són molt més conservadors donat que els riscos del consum en menors i joves són molt més alts: encara s'estan desenvolupant i, per tant, presenten una major vulnerabilitat a experimentar conseqüències negatives a curt termini i a desenvolupar dependència a llarg termini (veure taula 2).

**Taula 2. Diferències en les puntuacions de tall per substància segons versió ASSIST adults (18+) i ASSIST Young (15-17 anys)**

ASSIST adults/joves	Baix Risc		Risc Moderat		Risc Alt	
	adults	joves	adults	joves	adults	joves
Tabac	0-3	0-1	4-26	2-11	27+	12+
Alcohol	0-10	0-4	11-26	5-17	27+	18+
Cànnabis	0-3	0-1	4-26	2-11	27+	12+
Cocaïna	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Amfetamines tipus estimulants	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Inhalants	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Hipnosedants	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+
Al·lucinògens	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Opioides	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+
Altres substàncies	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+

La tercera diferència important en la versió de menors i joves és que s'ha eliminat la categoria de «baix risc» (amb excepció al consum baix d'alcohol). Això és així perquè es considera que qualsevol consum de substàncies en aquestes edats pot afectar el desenvolupament del menor o jove posant-lo en situació de risc a nivell personal, familiar o escolar.

La quarta diferència és que els experts, basant-se en l'evidència i la bibliografia consultada, han fet canvis en els fulletons d'informació de la versió adulta de l'ASSIST per augmentar tant la claredat com la rellevància. Els riscos associats a cada substància s'han classificat com "a curt termini" versus "a llarg termini" per ajudar a facilitar la discussió amb la persona jove consumidora. També es posa més èmfasi en els riscos immediats associats al consum de substàncies i en aquelles qüestions identificades com a més importants o destacades pels joves (veure annex 2).

En resum, en la versió ASSIST-Y per a joves s'ha simplificat i s'ha adaptat el llenguatge i, s'han inclòs apunts addicionals per facilitar la comprensió per part de les persones joves entrevistades.

## **4.6 Altres qüestionaris validats en població adolescent per a la detecció del consum d'alcohol, tabac i altres substàncies**

L'existència d'unes xifres de prevalença elevades de consum de les diferents substàncies, unides a unes edats d'inici cada cop més primerenques (Golpe i col., 2017) no fa més que reforçar la necessitat d'una detecció precoç del consum d'alcohol i altres substàncies tòxiques.

Per tal d'identificar en la població adolescent els riscos que presenten i els efectes nocius del consum de substàncies tòxiques, és crucial tenir accés a eines de cribratge validades que ens puguin aportar informació rellevant de la problemàtica existent, així com que siguin de fàcil administració. En les dues darreres dècades s'han creat instruments capaços de detectar el consum de risc però mostren certes limitacions, com descriu Babor (2002).

Entre les principals limitacions figuren: el temps requerit per administrar-los, la identificació del tipus de substància problema i el seu enfocament sobre la dependència passant per alt les situacions de joves que, tot i no ser dependents, tenen problemes.

Per això, resulta clau comptar amb eines de cribratge que, a més d'estar adaptades al nostre país, presentin unes propietats psicomètriques contrastades, siguin breus, senzilles i fàcils d'aplicar en una població cada cop més jove (Källmén i col., 2019). En aquest sentit, l'ASSIST-Y compta amb aquestes característiques que la converteixen en una eina especialment útil en aquest context.

Cal destacar, però, que l'ASSIST-Y no és l'única eina de cribratge emprada amb població juvenil a nivell internacional. Existeixen d'altres que s'han identificat com a útils: la subescala d'Ús i Abús de Substàncies (POSITUAS) del *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT); l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) i la seva forma abreujada AUDIT-C; el *CRAFFT Substance Abuse Screening Test* (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, and Trouble*); el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) i la *Severity of Dependence Scale* (SDS).

La fiabilitat i la validesa d'aquests qüestionaris, escales i tests com a instruments de cribatge han estat avaluades prèviament en diversos estudis a nivell internacional (D'Amico i col., 2016).

Al capdavant, es fa necessari, per tant, disposar d'instruments de cribatge suficientment contrastats a nivell internacional, degudament traduïts i adaptats a la nostra cultura i, alhora, amb prou aval empíricopsicomètric (García i col., 2016).

#### **4.6.1 Subescala d'Ús i Abús de Substàncies (POSITUAS) del Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)**

Aquesta escala s'ha validat en una mostra de més de 500 estudiants espanyols de 12 a 18 anys, on els resultats obtinguts permeten informar que posseeix un excel·lent comportament psicomètric, tant a nivell de consistència interna ( $\alpha=.82$ ), com de sensibilitat (94,3%) i especificitat (83,9%), amb una àrea sota la corba AUC de .953. Així mateix, la realització d'una Anàlisi Factorial Confirmatòria permet constatar el caràcter unidimensional de l'escala (Araujo i col., 2018). Una limitació d'aquesta eina és que no discrimina la tipologia de substància tòxica associada a la problemàtica de consum abusiu, sinó que assenyalava si la persona jove a qui se li administra l'instrument té o no problemàtica genèrica en consum de substàncies tòxiques.

#### **4.6.2 CRAFFT Substance Abuse Screening Test**

És una altra de les eines més utilitzades per a l'*screening* del consum de risc d'alcohol i altres substàncies en adolescents (Mitchell i col., 2014). Aquest instrument de ràpida i senzilla aplicació va ser desenvolupat a Boston, pel *Center for Adolescent Substance Abuse Research* (Ceasar) (Knight i col., 1999) amb l'objectiu d'identificar de manera primerenca a persones de 12 a 21 anys que presenten un alt risc de desenvolupar un trastorn per consum d'alcohol o altres substàncies. Està constituït per 6 ítems de resposta dicotòmica (Sí / No), precedits de 3 ítems addicionals que actuen de filtre, que són puntuats amb un 1 o un 0 en funció de si l'adolescent respon afirmativament o no. La puntuació teòrica de l'escala oscil·la entre 0 i 6, sent 2 el punt de tall establert, pels seus



autors originals (Knight i col., 1999), per identificar un consum de risc de substàncies tòxiques.

A l'estudi original de Knight i col. (2002), el punt de tall òptim de l'Escala CRAFFT va resultar ser igual o superior a 2, amb una sensibilitat de .76 i una especificitat de .94. L'alfa de Cronbach va ser de .68. A l'estudi de Cummins i col. (2003), dut a terme a Alaska, per a un punt de tall igual o superior a 2, la sensibilitat va ser de .95 i l'especificitat de .86; i l'alfa de Cronbach va ser de .81. A la validació francesa, Bernard i col·laboradors (2005) van reportar que per a un punt de tall igual o superior a 4, la sensibilitat va resultar ser igual a .72 i l'especificitat de .68.

En un estudi fet a Singapur, amb una mostra multiètnica de Malàisia, Índia i Xina, amb un punt de tall igual o superior a 2, es va trobar una sensibilitat de .64 i una especificitat de .84, l'escala va mostrar un alfa de Cronbach de .73 (Subramaniam i col., 2010). A Noruega, Skogen i col. (2013), van reportar que per a un punt de tall igual o superior a 2, la sensibilitat va ser de .41, l'especificitat de .90 i l'alfa de Cronbach va ser de .67. En la validació per a Colòmbia, Cote-Menendez i col. (2013), van reportar una sensibilitat de .95, una especificitat de .83, l'alfa de Cronbach va resultar de .89.

Finalment, la validació del CRAFFT a Espanya s'ha fet a través d'un estudi amb 312 adolescents d'entre 12 i 18 anys de la comunitat gallega, on els resultats obtinguts, similars als trobats a altres països, permeten informar que la versió espanyola del CRAFFT presenta un bon comportament psicomètric. A nivell de consistència interna es va obtenir una alfa de Cronbach satisfactòria de .74. Pel que fa a la sensibilitat i especificitat, es van obtenir uns valors del 74,4% i el 96,4% respectivament, amb una àrea sota la corba AUC de .946 (Rial i col., 2018) (veure annex 3).

Una de les limitacions és que el CRAFFT tampoc discrimina entre el consum de risc del consum probelmàtic i, altra és que no discrimina entre consum d'alcohol de altres substàncies tòxiques.

### **4.6.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

Durant l'any 1989 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va encarregar a un grup d'investigadors el desenvolupament d'un instrument de cribratge simple pel consum d'alcohol (Saunders i col., 1993). El resultat d'aquest estudi, que va implicar sis països, va ser l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): un qüestionari senzill compost per 10 ítems que exploren quantitat i freqüència de consum, conductes dependents i problemes relacionats amb l'alcohol (Bohn i col., 1995).

L'AUDIT es va mostrar fiable i vàlid (als diferents països) per a la detecció de consums de risc i consums nocius de l'alcohol amb dues puntuacions com a millor punt de tall. Si prenem el 8 com a punt de tall per a la detecció de consums de risc, es va observar una sensibilitat del 97% i una especificitat del 78% (mitjana dels sis països participants). Pel que fa al diagnòstic de dependència de l'alcohol, un 99% de les persones amb dependència van obtenir puntuacions de 8 o més (Contel Guillamón i col., 1999).

Un estudi de Coulton i col. (2017) amb població adolescent anglesa d'edats compreses entre els 10 i els 18 anys, atesos a urgències, en la versió abreugada del AUDIT (AUDIT-C), amb una puntuació de 3, es va detectar una sensibilitat del 87% i una especificitat del 97% per al consum d'alcohol de risc. Mentrestant, l'eina AUDIT completa va ser més eficaç a l'hora d'identificar la dependència de l'alcohol en població adolescent amb una sensibilitat del 96% i una especificitat del 94%.

Aquesta eina resulta molt útil pel cribratge ràpid en contextos de salut, com són atenció primària, serveis d'urgències o enquestes de salut dirigides a població jove. L'única inconveniència és que només mesura el consum d'alcohol i no pregunta per altres substàncies tòxiques.

### **4.6.4 Cannabis Abuse Screening Test (CAST)**

Darrerament, algunes de les enquestes que es realitzen entre la població juvenil o general per a detectar el consum de substàncies tòxiques han

començat a incorporar escales per mesurar la dependència o el consum problemàtic de cànnabis donat l'elevat ús d'aquesta entre els i les joves. En concret, a França es va desenvolupar el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), un qüestionari de 6 preguntes, entrevistant a més de 1200 estudiants entre els 14 i els 22 anys. Des de la seva creació, aquesta escala ha estat àmpliament utilitzada tant en població general com en població adolescent a diversos països i ha demostrat ser adequada per a aquests fins. Cuenca i col. (2012) varen trobar resultats similars als estudis francesos amb una alfa de Cronbach per al consum abusiu de cànnabis de .735 i va ser validada amb població adolescent espanyola amb similars resultats (Klempova i col., 2009) A més a més, des de l'any 2006 s'ha incorporat en les enquestes poblacionals sobre el consum de substàncies (ESTUDES 1994-2021). (veure annex 4).

Malgrat que el CAST només avalua el consum d'una única substància, el cànnabis, és una eina que detecta i classifica el consum de risc del consum problemàtic d'aquesta substància en població entre els 14 i 18 anys. Sent molt útil per poder intervenir en aquesta població.

#### **4.6.5 Test de Fagerström de Dependència de la Nicotina (FTND)**

Finalment, però no menys important, caldria tenir present una eina per tal de poder quantificar el grau de dependència de la nicotina dels adolescents. El Test de Fagerström de Dependència de la Nicotina (FTND) va ser elaborat el 1978 pel Dr. Karl Fagerström, un dels especialistes més reconeguts en la lluita contra el tabaquisme i expert en els efectes nocius per a l'organisme del consum de tabac (Carrasco i col., 1994). Actualitzat en les darreres dècades, és avui el mètode més senzill per determinar el nivell d'addicció a la nicotina en una persona fumadora. Consta de 6 preguntes fàcils de respondre en població jove amb una puntuació que va de 0 a 10 punts (veure annex 5).

#### **4.6.6 Escala severitat de la dependència (SDS)**

La *Substance Dependence Severity Scale* (SDSS) és una entrevista clínica semiestructurada i heteroadministrada, que té com a objectiu avaluar la

gravetat de la dependència en termes dimensionals. Té una versió per als criteris de DSM-V i una altra per a la CIE-10.

Tal com plantegen els autors de la SDS, aquesta escala ha estat dissenyada amb una doble finalitat: servir com a instrument d'avaluació inicial de la gravetat de la dependència i, alhora, com a indicador de resultat terapèutic sobre aquest trastorn. Per a aquesta finalitat doble, els autors van introduir dos canvis respecte a altres escales que avaluen el diagnòstic d'abús i dependència: en primer lloc, van establir un sistema d'avaluació dimensional en què la gravetat de cada ítem és puntuat mitjançant diferents alternatives de respostes i, per últim, van establir com a referència temporal els darrers 30 dies, amb l'objectiu de poder detectar canvis en la gravetat de la dependència a causa de les intervencions terapèutiques (Vélez-Moreno i col., 2013).

Diferents estudis psicomètrics han aportat resultats que n'avalen la fiabilitat i han aportat evidències de validesa (Miele i col. 2001) i, està inclòs entre els instruments d'avaluació utilitzats pel *National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network* (Rosa i col., 2012 ). A Espanya, s'ha fet un estudi amb una mostra de 146 pacients i l'escala va mostrar propietats psicomètriques adequades en termes dels seus índexs de discriminació i de consistència interna ( $\alpha=.881$  per a alcohol;  $\alpha = .814$  per a cocaïna;  $\alpha= .531$  per a cànnabis;  $\alpha=.785$  per a heroïna). Tot i això, els resultats quant a l'avaluació de l'abús van ser deficients (veure annex 6).

#### **4.6.7 Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional Reduïda (MINI-KID)**

La MINI-KID és una entrevista diagnòstica estructurada breu desenvolupada als Estats Units per explorar 24 trastorns segons els criteris diagnòstics del Manual Diagnòstic i Estadístic (DSM) en persones menors i adolescents, que compta amb un alt grau de validesa i fiabilitat. Per mantenir-ne la brevetat, la MINI-KID se centra en l'existència de trastorns actuals i, per a cada un d'ells, hi ha una o dues preguntes de detecció descartant el diagnòstic quan l'entrevistat dona una resposta negativa (veure annex 7).

## 5. Metodologia

Per a la validació del qüestionari ASSIST-Young (15-17 anys) s'ha partit d'un disseny multivariant donat que aquest ha mostrat ser útil pel desenvolupament d'instruments de mesura. S'ha enquadrat la recerca en un estudi transversal que es va dur a terme en el centre d'internament cautelar de Justícia Juvenil de Barcelona, Catalunya, el CE Can Llupià. Aquest centre recull menors i joves de gènere masculí 14 a 18 anys o més que compleixen una mesura privativa de llibertat procedents de tota Catalunya.

### 5.1 Unitat d'anàlisi i mostra

S'han inclòs tots aquells menors o joves que van iniciar el compliment de la mesura privativa de llibertat al CE Can Llupià des de l'1 de desembre de 2021 fins el 30 de setembre de 2022. En total hi ha hagut 187 ingressos de menors i joves al CE Can Llupià (veure figura 3).

Els criteris d'exclusió dels joves per la seva participació han estat:

- a) Que el menor o jove ja porti més de 3 mesos privat de llibertat (s'han exclòs 27 casos)<sup>4</sup>;
- b) Que la seva edat sigui inferior a 15 o major o igual a 18 anys (s'han exclòs 20 casos; 3 casos de 14 anys i 17 casos de 18 anys)<sup>5</sup>;
- c) Que el menor o jove o la seva família no facilitin el seu consentiment per la participació en aquest estudi (5 casos no han donat el seu consentiment);
- d) Que l'internament al centre tingui una durada inferior a 15 dies (trasllats a altres centres, internaments per assegurar audiències judicials, alçament de la mesura, entre d'altres).

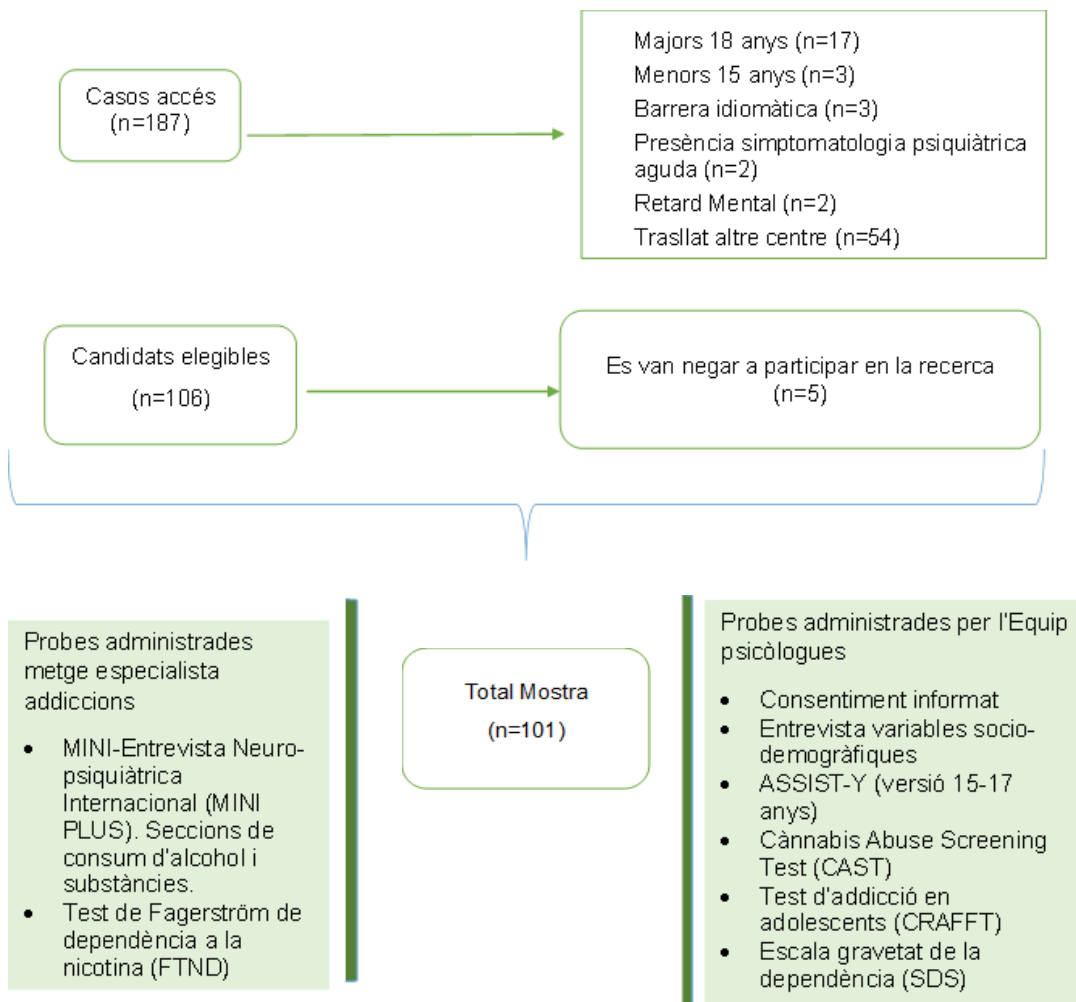
---

<sup>4</sup> L'avaluació del consum de substàncies en l'ASSIST Young pregunta pel consum en els darrers 3 mesos, per aquest motiu, la mostra de menors i joves que porten més de 3 mesos privats de llibertat queden exclosos, donat que es presuposa que en el centre d'internament no poden consumir substàncies tòxiques, a excepció de tabac.

<sup>5</sup> S'ha descartat la mostra de menors i joves d'edats inferiors a 15 anys i superiors a 18 anys per la validació del qüestionari atès que no es comptava amb suficient mostra per les altres versions de l'ASSIST.

- e) Que el menor o jove presenti símptomes psiquiàtrics aguts no estabilitzats;
- f) Que el menor o jove presenti diagnòstic de discapacitat intel·lectual o diagnòstic de deteriorament cognitiu per abús de substàncies o altres malalties orgàniques;
- g) Que existeixin barreres idiomàtiques que dificultin la comunicació. El centre compta amb dos mediadors interculturals, que parlen francès i àrab. Malgrat això s'han exclòs 3 casos de parla romanesa, holandesa i sueca.

**Figura 3. Diagrama de flux del reclutament de candidats i bateria de proves aplicades a la mostra candidats (n=101)**



## 5.2 Procediment

Aquesta recerca segueix el protocol desenvolupat pel grup de validació de la versió ASSIST-Young (Humeniuk i col., 2016) i compte amb el vist i plau dels seus autors.

La validació del qüestionari seguirà de forma rigorosa els passos descrits per la validació de qüestionaris (Martínez, 2005) en consonància amb els estàndards de l'*American Psychological Association* (APA) i de l'*American Research Association* (AERA).

## 5.3 Instruments d'avaluació

Els instruments a utilitzar estan estructurats en funció de 2 etapes procedimentals, que a més corresponen a dues fonts diferenciades de l'obtenció de la informació.

*Fase 1.* Els participants, un cop reclutats, van ser entrevistats per les psicòlogues de l'equip tècnic. Aquestes van ser les encarregades de demanar el consentiment informat, fer l'entrevista i recollir les dades sociodemogràfiques (veure annex 8) i administrar la següent bateria de tests:

- Qüestionari de cribatge d'Alcohol, Tabac i altres substàncies (ASSIST-Young) versió 15 a 17 anys.

És un qüestionari que avalua el consum de les següent substàncies: tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, inhalants, estimulants tipus amfetamina, sedants o hipnòtics, al·lucinògens, opiacis i altres substàncies. Les preguntes del test avaluen la freqüència del consum de cada substància en els darrers tres mesos i al mateix temps avalua si aquest consum li ha produït problemes escolars, familiars, socials, legals o de salut. Finalment, el qüestionari dona una puntuació que classifica amb un nivell molt alt de sensibilitat i especificitat, al menor o jove, amb consum de baix risc, risc moderat i risc alt o possible dependència. Aquestes puntuacions oscil·len depenent de la substància (taula

2). Tanmateix, un dels avantatges d'aquest test és que dona una retroalimentació sobre el patró de consum i dona un consell breu de salut amb la intencionalitat de generar discrepància i reduir els riscos en aquesta població jove (veure annex 2).

- Test d'addicció en adolescents (*CRAFFT*)

És una eina de cribatge del consum de risc d'alcohol i altres substàncies dissenyada específicament per adolescents. Està composta per 6 ítems dicotòmics (sí, no) amb un rang de puntuació de 0-1 i un màxim de 6 punts. Una puntuació per sobre de 2, amb una sensibilitat (74,4%) i una especificitat (96,4%) classificaria al jove o menor com a consum de risc (veure annex 3).

- *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*

És una escala de cribatge del consum problemàtic de cànnabis per adolescents de 14 a 18 anys. Està composta per 6 preguntes. Una puntuació per sobre 4 indica ús problemàtic de cànnabis. És una escala àmpliament validada en la seva versió castellana i que s'utilitza des de l'any 2006 en les enquestes poblacionals sobre el consum de substàncies (ESTUDES 1994-2021). Veure annex 4.

- Prova de dependència a la nicotina de Fagerström (2012)

L'objectiu d'aquesta prova formada per tan sols 2 preguntes és estimar el nivell d'addicció dels fumadors basant-se en la quantitat de cigarretes que consumeixen i la compulsivitat a l'hora de fumar mesurant els temps que passa un cop es desperten i fumen la primera cigarreta. Aquesta escala s'utilitza en les enquestes de Salut de Catalunya (ESCA, 2020) (veure annex 5).

- Escala de la Gravetat de la Dependència (*SDS*)

És una escala que mesura el grau de dependència a la substància tòxiques que prengui el menor o jove. Està formada per 5 ítems codificats en una escala tipus likert amb un rang de puntuació que oscil·la entre 0 i 3. La puntuació



màxima és de 15 punts. Una puntuació per sobre de 4 indicaria una possible dependència a la substància (veure annex 6).

*Fase 2.* Tots els joves reclutats per l'equip tècnic van ser posteriorment avaluats per un metge especialista en addiccions, que desconeixia les puntuacions obtingudes en l'ASSIST-Y i resta de tests. Aquest avaluador extern va realitzar un diagnòstic de Trastorn per ús de substàncies (TUS) mitjançant l'entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional (MINI) de Ferrando i col. (1998) que avalua el consum d'alcohol i altres substàncies seguint els criteris del DSM-IV i del CIE-10. Aquesta entrevista semi-estructurada determina si el menor o jove presenta una dependència o un abús i si aquest patró de consum és actual o l'ha presentat al llarg de la seva vida (annex 7).

#### **5.4 Anàlisi estadístic**

Totes les dades seran degudament guardades en una base de dades creada *ad hoc* per aquesta recerca. Un cop introduïdes totes les variables l'anàlisi estadístic de les mateixes es realitzarà mitjançant el paquet estadístic SPSS (*IBM Corp. Released, 2019*), per tal de poder establir les anàlisis univariades o bivariades de la recerca així com les proves multivariades que poden indicar o establir aspectes de validació. A més, per realitzar l'Anàlisi Factorial Confirmatori es comptarà amb el paquet AMOS SPSS (versió, 20.0).

#### **5.5 Límits ètics i integritat en el procés de recerca**

En el procés de recerca i investigació s'han respectat els principis i responsabilitats professionals establertes en la Declaració de Singapur, elaborada en el marc de la 2a Conferència Mundial sobre integritat en la investigació al 2012 a Singapur, amb l'objectiu de mantenir la integritat i el valor de la investigació.

### **5.5.1 Tractament de dades personals de salut i confidencialitat**

El tractament de les dades que ha estat necessària donat que la mostra inclou persones menors i joves i, per tant, la recerca ha complit amb la regulació establerta en el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell (Reglament General de Protecció de dades, a partir d'ara RGPD) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia de Drets Digitals.

Aquest tractament de les dades requeria d'una especial atenció degut a dos característiques rellevants. La primera, les persones objecte de la investigació han estat majoritàriament menors d'edat internats a un centre de Justícia Juvenil i, la segona, les dades recollides han estat principalment dades de la salut (definides a l'article 4.15 RGPD).

Així mateix, quan els participants eren menors de 16 anys el seu consentiment ha estat assistit pels titulars de la pàtria potestat o tutela en els casos legalment establerts (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència i progenitores titulars de la pàtria potestat).

L'equip de recerca va crear un consentiment informat *ah doc* (Veure Annex 9). El document va ser elaborat en un llenguatge proper i entenedor amb l'objectiu que els interessats poguessin comprendre l'abast de la seva participació en la recerca i de la cessió de les seves dades. S'ha utilitzat la pseudonimització amb un codi alfanumèric com a mesura tècnica, amb l'objectiu d'aconseguir la finalitat objecte de la recerca.

## 5.6 Pla de treball temporalitzat

Aquesta recerca ha seguit de manera rigorosa el Pla de treball proposat.

**Taula 3. Cronograma**

Tasques/Any i mes	2021			2022										
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Fase I. Plantejament</b>														
Elaboració Projecte														
<b>Fase II. Marc teòric</b>														
Revisió bibliogràfica														
Construcció Marc teòric														
<b>Fase III: Recollida dades</b>														
Elaboració base de dades														
Consentiment Informat														
Introducció dades														
Anàlisi estadístic														
<b>Fase IV. Resultats</b>														
Discussió de resultats														
Conclusions i propostes														
Redacció informe final														
Present./publicació resultats														

## 6. Resultats

### 6.1 Prevalença del consum de substàncies en la població objecte d'estudi

El qüestionari ASSIST-Y ens permet calcular la prevalença de consum de deu substàncies tòxiques en la pregunta 1 “Al llarg de la teva vida, quina de les substàncies següents has provat alguna vegada?” i en la pregunta 2 “En els últims tres mesos, amb quina freqüència has consumit les substàncies que has esmentat a la primera pregunta (mai, una o dues vegades, un cop al mes, un cop a la setmana, cada dia o gairebé cada dia)”.

**Taula 4. Prevalença de consum població analitzada (n=101)**

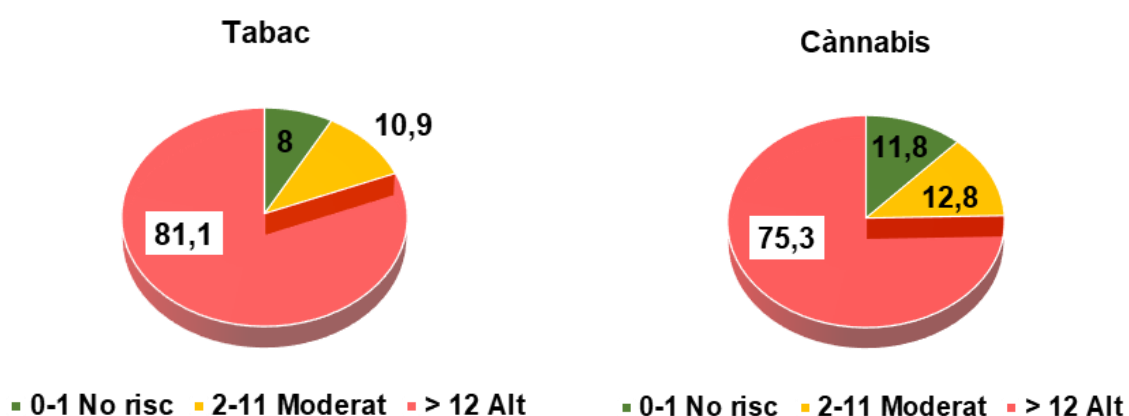
	Alguna vegada a la vida		Últims tres mesos							
			Cada dia		Un cop a la setmana		Un cop al mes		Una o dues vegades	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Tabac	95	96	85,5	86	5	5	1	1	1	1
Alcohol	92,1	93	11,9	12	30,7	31	17,8	18	16,8	17
Cànnabis	94,1	95	73,3	74	6,9	7	1	1	5,9	6
Cocaïna	49,5	50	8,9	9	16,8	17	3	3	10,9	11
Amfetamines	50,5	51	10,9	11	11,8	12	6,9	7	7,9	8
Inhalants	36,6	37	1	1	3	3	2	2	5,9	6
Sedants	56,4	57	18,8	19	12,9	13	5,6	6	9,9	10
Al·lucinògens	30,7	31	2	2	2	2	2	2	7,9	8
Opioides	16,8	17	1	1	2	2	1	1	5	5
Altres	30,7	31	9,9	10	7,9	8	3	3	5,9	6

Com es pot veure en la Taula 4, les substàncies més consumides cada dia o gairebé cada dia son: el tabac (85,5%), el cànnabis (73,3%) i els sedants sense prescripció mèdica (18,8%). El consum d'alcohol té un ús més recreatiu, donat que el 31% el consumeix un cop a la setmana, especialment, en moments d'oci nocturn i, tan sols, un 11,9% a diari.

Una de les avantatges de l'eina ASSIST-Y és que, mitjançant els punts de tall, permet establir de manera objectiva i diferenciadora el patró de consum de les diferents substàncies que consumeixen els menors i joves que estan complint una mesura privativa de llibertat.

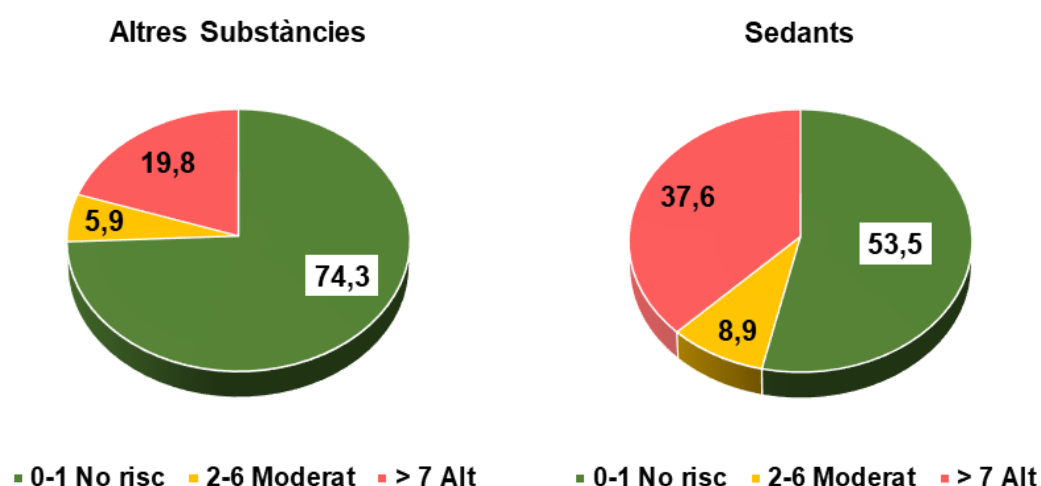
Les dues substàncies més consumides en la mostra objecte d'estudi han estat el tabac i el cànnabis. Existint una relació coincident entre els fumadors d'alt risc de tabac i de cànnabis en el 75,2% (veure gràfic 1). Dels consumidors d'alt risc de tabac, el 15% presenten una elevada dependència i el 24% moderada segons l'escala FTND. Quant als consumidors d'alt risc de cànnabis el 52,5% (n=53) presenten criteris de dependència segons el CAST.

**Gràfic 1. Prevalença de consum alt i moderat de tabac i cànnabis**



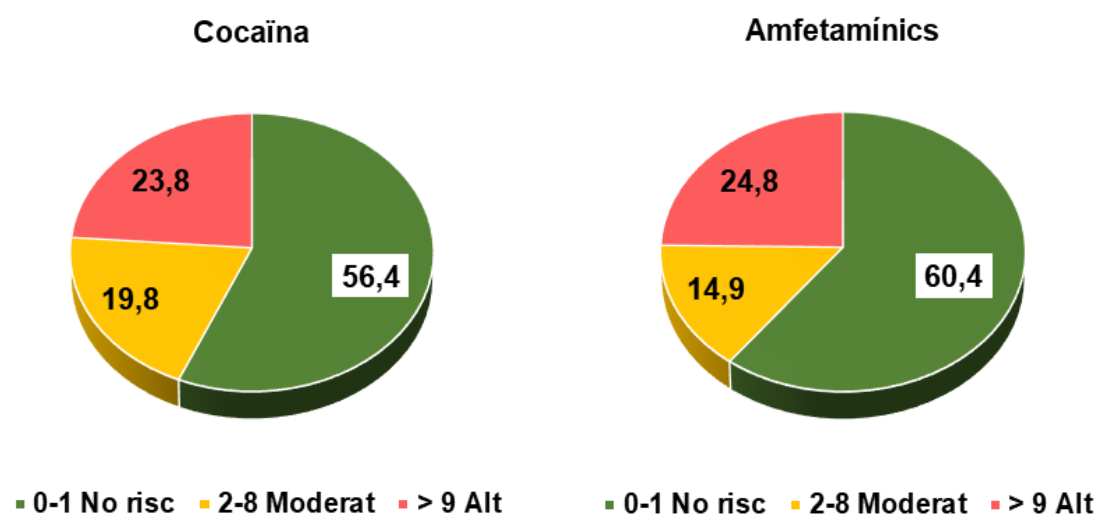
Seguit del consum de tabac i cànnabis, trobem que el 37,6% fan un consum d'alt risc de sedants i/o pastilles per dormir sense prescripció mèdica, apareixent criteris de dependència en el 16% dels casos segons l'entrevista MINI-Plus. En la categoria d'altres substàncies s'han inclòs altres psicofàrmacs com la Lyrica® donat el seu elevat consum entre la nostra població. En relació a aquesta el 20% presenta un consum d'alt risc (veure gràfic 2).

**Gràfic 2. Prevalença de consum alt i moderat de sedants i psicofàrmacs**



En relació al consum de substàncies estimulants com la cocaïna i amfetamines o derivats tipus amfetamínics es troben dades similars respecte al consum d'alt risc, sent aproximadament del 24% però només el 5% presenten criteris de dependència segons l'entrevista MINI-Plus (veure gràfic 3).

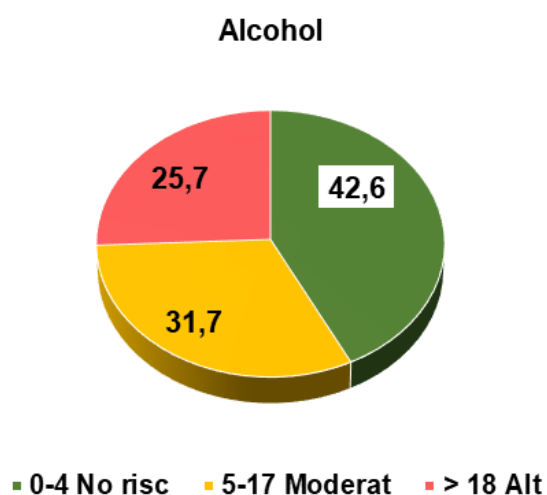
**Gràfic 3. Prevalença de consum alt i moderat de cocaïna i amfetamines**



El consum d'alcohol s'ha considerat necessari analitzar-lo sense fer una comparació amb altres substàncies. El consum d'alcohol en adolescents i menors acostuma a donar-se com a consum abusiu o en format *binge drinking*, especialment en el context d'oci i, generalment, és difícil que els joves presentin simptomatologia compatible amb trastorn per dependència a l'alcohol.

Malgrat això, en la mostra el 32% presenta un consum moderat i el 25,7% (n=26) un consum d'alt risc d'alcohol. D'aquests, el 35% (n=9) compleixen criteris de dependència segons l'entrevista MINI-Plus (veure gràfic 4).

**Gràfic 4. Prevalença de consum alt i moderat d'alcohol**



La resta de substàncies com els al·lucinògens, els inhalants i els opiacis mostren un patró de consum similar, oscil·lant entre el 6 i 4 % consum d'alt risc i entre 13 i 8% consum moderat.

## 6.2 Estadístics descriptius

Els estadístics descriptius de mitjana, desviació estàndard (DT), mediana, rang inter-quartil, asimetria i Curtosi es mostren en l'annex 10.

Es pot observar a l'annex 10 que la mitjana més alta correspon al ítem Q2\_tabac (M=5,36) resultant de la pregunta "En els últims tres mesos, amb quina freqüència has consumit tabac?". Una puntuació mitjana propera al 6 indica que un percentatge molt elevat de la nostra mostra consumeix tabac cada dia o gairebé cada dia. En contraposició, l'ítem que ha obtingut la mitjana més baixa ha estat Q5\_Al·lucinògens (M=,05) que correspon a la pregunta "El consum d'al·lucinògens ha afectat les teves activitats habituals (per exemple, assistència escolar, participació en activitats recreatives o esportives,

realització de tasques, expectatives familiars, esdeveniments familiars, fer els deures, etc.)? Si la resposta és que sí, amb quina freqüència ha passat això en els darrers tres mesos?”. La mitjana d’aquest ítem és molt propera al 0, el que implica que un percentatge molt elevat dels consumidors d’al·lucinògens pràcticament han respost que aquest consum no ha tingut afectació en les activitats habituals en els darrers tres mesos.

Per últim, els índex de curtosi indiquen que no existeix una distribució perfectament normal en tots els casos, per comprovar-ho es va realitzar el càlcul de la Prova de normalitat de Kolmogórov-Smirnov (K-S) donada la grandària de la mostra ( $\geq 50$ ) sent en tots els casos ( $p=.001$ ). Això implica que hem d’acceptar la hipòtesi alternativa de que les nostres variables no segueixen una distribució normal. Seguint les indicacions de Andrade i col. (2007) no s’ha fet el filtrat de casos donat que restaria generabilitat als resultats.

### **6.3 Validesa de constructe**

La validesa de constructe s’encarrega de constatar que un nou instrument de mesura d’una conducta determinada realment medeixi de manera objectiva el constructe que vol mesurar. O dit d’altra manera, la validesa de constructe és la evidència que recolza que les conductes observades o les puntuacions obtingudes en un test son indicadors o manifestacions del constructe teòric que es preten mesurar (Martínez Arias, 2005).

Entre els procediments estadístics més utilitzats per la constatació de la validesa de constructe, per les ciències de la salut, destaca la utilització de l’Anàlisi Factorial (AF) en les seves dues modalitats: l’Anàlisi Factorial Exploratori (AFE) i l’Anàlisi Factorial Confirmatori (AFC).

L’objectiu de l’AF és trobar les relacions existents entre un conjunt de variables i agrupar-les en dimensions, eliminant aquelles variables que no estiguin relacionades. En altres paraules, té com objectiu explicar un conjunt de variables observades per un nombre substancialment menor de variables



latents o hipotètiques amb les que correlaciona de manera lineal i que se denominen factors.

Per avaluar la validesa de constructe de l'instrument ASSIST-Y hem realitzat en primer lloc, l'AFE i posteriorment l'AFC.

### 6.3.1 Anàlisi Factorial Exploratori (AFE)

L'AFE recorre al mètode inductiu o exploratori, atès que analitzen el conjunt de dades i variables observades sense tenir a priori cap hipòtesi sobre l'estructura i, deixem que sigui l'anàlisi de les dades les que proporcionin informació sobre això. Per tant, aquest primer anàlisi ens serveix per explorar les relacions latents no observades que s'estableixen entre el conjunt de variables reduint-les a factors o dimensions.

En conclusió, l'AFE treballa des dels mesuraments empírics dels indicadors cap a la definició del constructe.

Com es pot veure en la taula 5 la prova de Kaiser-Meyer Oldin (KMO) i la prova d'esfericitat de Bartlett ( $p$ ) mostra una elevada significació ( $<.001$ ) en les diferents substàncies analitzades rebutjant així la hipòtesi respecte a la identitat de la matriu de correlacions i, per tant, sent adequat realitzar un AFE.

**Taula 5. Índexs de bondat d'ajust del model per AFE**

<i>AFE Model Fit Índex</i>							
Substàncies	KMO	df	$\chi^2$	p	Factor	Eigenvalue	ESSL %
Tabac	.560	6	65.80	<b>&lt;.001</b>	1	1.876	46.90
Alcohol	.785	10	161.63	<b>&lt;.001</b>	1	2.847	56.95
Cànnabis	.789	10	244.58	<b>&lt;.001</b>	1	3.197	63.94
Cocaïna	.818	10	328.46	<b>&lt;.001</b>	1	3.588	71.76
Amfetamínic	.786	10	197.04	<b>&lt;.001</b>	1	2.965	59.30
Sedants	.844	10	427.13	<b>&lt;.001</b>	1	3.961	78.32

<b>AFE Model Fit Index</b>							
Inhalants	.583	10	81.913	<.001	1	1.968	39.35
	-	-	-	-	2	1.348	26.96
Al·lucinògens	.540	10	132.30	<.001	1	2.279	45.59
	-	-	-	-	2	1.265	25.30
Opioides	.395	10	245.31	<.001	1	2.454	49.08
		-	-	-	-	2	1.096

L'estructura factorial del Qüestionari ASSIST-Y es pot consultar en l'annex 12. Com es pot veure l'instrument manté una estructura factorial unidimensional especialment en tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, estimulants tipus amfetamínics, pastilles per dormir o sedants i altres substàncies. Els pesos factorials són tots ells superiors a .60. Donat el baix nombre de consumidors en la resta de substàncies (inhalants, al·lucinògens i opiàcics) es va trobar en tots tres una solució de dos factors que necessitaria ampliar la mostra per poder analitzar millor com es comporta el qüestionari en aquestes substàncies.

### 6.3.2 Anàlisi factorial confirmatori (AFC)

L'AFC utilitza el mètode deductiu o confirmatori, l'investigador ha plantejat de forma rigorosa una sèrie d'hipòtesis que tractarà de posar a prova ajustant les dades i les variables observades al model teòric proposat. Aquesta aproximació va des de la teoria cap als mesuraments empírics.

Per tant, per analitzar la validesa de constructe mitjançant l'AFC es va partir de les tècniques estructurals de covariància.

La majoria dels programaris estadístics informàtics ofereixen diferents índexs de bondat d'ajust, malgrat que la majoria d'aquests són molt sensibles al tamany mostral, mostrant molta sensibilitat a partir de 500 subjectes. Aquests índexs cerquen la relació entre el Chi quadrat ( $\chi^2$ ) i els graus de llibertat (gl). Si aquests són menors o igual a 5 mostren un bon ajust.

En la taula 6 es poden veure els diferents índex que s'han examinat per avaluar la bondat d'ajust: Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA); Comparative Fit Index (CFI); Tucker-Lewis Fit Index (TLI) i Standardized Root-Mean Square Residual (SRMR).

L'anàlisi factorial confirmatori resultant indica que totes les estructures de factors eren adequades a excepció del tabac. Considerem que això és degut a les diferències existents entre el consum de tabac en comparació amb les altres substàncies.

**Taula 6. Índexs de bondat d'ajust pel AFC**

<i>AFC Model Fit Índex</i>							
<b>Substàncies</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>RMSEA (90 CI)</b>	<b>CFI</b>	<b>TLI</b>	<b>SRMR</b>
Tabac	3.662	2	.160	.091 (.000, .236)	.973	.920	.047
Alcohol	15.431	5	<b>.009</b>	.144 (.066, .228)	.934	.867	.055
Cànnabis	26.989	5	<b>&lt;.001</b>	.209 (.136, .289)	.910	.819	.076
Cocaïna	41.000	5	<b>&lt;.001</b>	.267 (.195, .345)	.891	.782	.059
Amfetamínics	12.083	5	<b>.034</b>	.118 (.030, .205)	.964	.927	.058
Sedants	29.527	5	<b>&lt;.001</b>	.220 (.148, .300)	.943	.887	.038
Inhalants	28.291	5	<b>&lt;.001</b>	.215 (.142, .295)	.689	.318	.123
Al·lucinògens	43.12	5	<b>&lt;.001</b>	.275 (.203, .353)	.700	.399	.122
Opioides	28.863	4	<b>&lt;.001</b>	.248 (.168, .337)	.898	.745	.176

## 6.4 Fiabilitat

Per poder validar un qüestionari s'ha de mesurar la seva fiabilitat, és a dir, demostrar que l'instrument mesura el que diu i si aquest mesurament és estable en el temps.

Existeixen tres formes bàsiques de mesurar la fiabilitat; el test-retest, la sensibilitat al canvi i la consistència interna. Donat que en aquesta recerca s'ha partit d'una sola aplicació del qüestionari només podem comprovar la fiabilitat

mitjançant el càlcul de la consistència interna de l'escala. Per poder fer-ho l'hem calculada mitjançant el coeficient Alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach (Martinez Arias, 2005).

Si aquest coeficient està per sota de .70 es considera que la consistència interna de l'escala és dèbil i per sota de .60 és insuficient. Els valors per sobre de .90 és considerat excel·lent i entre .90 i .80 bons.

Com es pot veure en la taula 7 la fiabilitat pel total de l'escala (49 ítems i 98 subjectes) ha resultat excel·lent (.91). Paral·lelament s'han mesurat la consistència interna per a cada substància. Les escales que han presentat una major fiabilitat han estat; alcohol (.81), cànnabis (.86), cocaïna (.90), amfetamines (.82), sedants o pastilles per dormir (.93) i altres substàncies (.92). Les escales relacionades amb al·lucinògens (.68) i opioides (.72) han presentat una consistència interna dèbil segurament degut al nombre tan baix de consumidors. Passa el mateix amb la fiabilitat de l'escala inhalants (.59) que es considera insuficient. Per altra banda, l'escala de tabac és la única que té 4 ítems i, tot i tenir el major nombre de consumidors (n=96) ha presentat una consistència interna baixa (.60).

**Taula 7. Càlcul fiabilitat mitjançant coeficient  $\alpha$  de Cronbach segons substància**

	N (%)	Nombre ítems	Mitjana	DE	$\alpha^*$ (95% CI)
Tabac	96 (95.0)	4	14.6 (5.4)	6,11	.60 (.43, .69)
Alcohol	93 (92.1)	5	10.9 (9.3)	9,40	<b>.81 (.75, .86)</b>
Cànnabis	95 (94.1)	5	21.4 (10.4)	11,28	<b>.86 (.80, .90)</b>
Cocaïna	50 (49.5)	5	12.0 (11.0)	9,75	<b>.90 (.85, .94)</b>
Amfetamina	51 (50.5)	5	9.9 (8.8)	8,20	<b>.82 (.74, .88)</b>
Inhalants	37 (36.6)	5	3.6 (5.2)	3,67	.59 (.21, .74)
Sedants	57 (56.4)	5	16.3 (11.7)	11,95	<b>.93 (.90, .95)</b>
Al·lucinògen	31 (30.7)	5	4.1 (5.2)	3,39	.68 (.47, .78)
Opioides	17 (16.8)	5	5.7 (6.6)	3,708	.72 (.33, .85)
Altres	31 (30.7)	5	14.8 (10.9)	9,10	<b>.92 (.87, .95)</b>
<b>Total escala</b>	<b>98 (97.0)</b>	<b>49</b>	<b>78.8 (49.0)</b>	<b>47,161</b>	<b>.91 (.89, .93)</b>

\* Basat en elements de prova estandarditzats;  $\alpha$ = Interval de confiança augmentat (n=1000 mostra).

## 6.5 Validesa discriminant

Altres dos formes d'evidència empírica que formen part de la constatació de la validesa de constructe són la validesa discriminant i la validesa convergent.

La validesa discriminant o divergent cerca correlacionar les variables del test amb variables o ítems que medeixin aspectes diferents, esperant per tant que les correlacions entre aquestes variables siguin baixes o nul·les. De fet el que es busca és que els constructes teòrics que no han de tenir cap relació, en efecte no la tenen.

Es va calcular la validesa discriminant entre les puntuacions obtingudes en cada escala de l'ASSIST-Y per substància i el criteri establert en l'entrevista MINI-Plus que discrimina entre ús i abús i entre abús i dependència. Es van comparar les mitjanes mitjançant el Test ANOVA i es va calcular les corbes AUC per establir els punts de tall de les diferents substàncies.

En l'annex 12 podem veure com l'ASSIST-Y ha mostrat una bona sensibilitat i especificitat per detectar diferències entre l'ús/abús de totes les substàncies. A més l'ASSIST-Y també va ser capaç de detectar diferències entre l'abús obtingut mitjançant l'entrevista MINI-Plus versus la dependència per l'alcohol, el cànnabis i els sedants. Per la resta de substàncies caldrà una mostra més gran i amb una potència més adequada per poder calcular-la.

En la següent taula si comparem els punts de tall de la versió ASSIST-Y i els punts de tall de la mostra, podem veure que especialment en els punts de tall que coincideix amb la puntuació per dependència obtinguda en l'entrevista MINI-Plus, aquests punts han mostrat una sensibilitat i especificitat molt adequades per alcohol, cànnabis i pastilles per dormir o sedants sense prescripció mèdica. També per aquestes substàncies el punt de tall és més alt per alcohol (9 versus 22,5), similar per cànnabis (9+ versus 10,5) i més alt per les pastilles per dormir o sedants (7+ versus 13,5).

**Taula 8. Comparació entre els punts de tall de l'escala original ASSIST-Y i la obtinguda en la mostra objecte d'estudi**

ASSIST adults/joves	Risc Moderat (Abús)		Risc Alt (Dependència)	
	ASSIT-Y	Mostra	ASSIT-Y	Mostra
Alcohol	5-17	6,5	9+	22,5
Cànnabis	2-11	1	9+	10,5
Cocaïna	2-8	1	9+	2,5
Amfetamines tipus estimulants	2-8	1	7+	11
Inhalants	2-8	1	9+	2,5
Hipnosedants	2-6	1	7+	13,5
Al·lucinògens	2-8	1	7+	-
Opioides	2-6	1	12+	-

## 6.6 Validesa convergent

La validesa convergent indica les correlacions positives amb altres tests o qüestionaris que medeixen constructes similars. Si això succeix es pot afirmar que el test medeix de forma vàlida el constructe objecte d'estudi i per tant, recolza la validesa de constructe.

Per tant, per analitzar la validesa convergent es va avaluar l'associació entre les puntuacions directes totals obtingudes en l'ASSIST-Y amb les puntuacions directes obtingudes en constructes coincidents mitjançant el càlcul de correlacions de Pearson. Com es pot veure en la taula 10 les puntuacions totals obtingudes en l'escala de cànnabis de l'ASSIST-Y té una correlació molt alta amb l'escala CAST (.849). Els resultats també mostren que les puntuacions totals de l'ASSIST-Y estan ben correlacionades amb les escales SDS i CRAFFT ( $p < .001$ ).

En la següent taula podem calcular la validesa convergent de les puntuacions ASSIST-Y per a cada substància en funció de les categoritzacions del CRAFFT

(consum de risc o no risc). Com es pot veure en la taula 9 l'ASSIST-Y va ser capaç de detectar diferències entre les substàncies més consumides, però no tenia poder per fer-ho entre les substàncies menys consumides (inhalants, al·lucinògens i opioïdes).

**Taula 9. Validesa convergent de les puntuacions l'ASSIST-Y basades en la categorització del CRAFFT de consum de risc**

Substància	No risc	Risc	<i>F</i> -test	<i>df</i>	<i>p</i>	95% CI
	ASSIST Y M (SD) N=13	ASSIST Y M (SD) N=88				
<b>Tabac</b>	4.92 (5.89)	15.19 (5.03)	45.13	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.17, .44
<b>Alcohol</b>	1.38 (2.22)	11.42 (9.36)	14.71	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.03, .25
<b>Cànnabis</b>	.92 (2.56)	23.00 (9.05)	75.84	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.29, .55
<b>Cocaïna</b>	.00 (.00)	7.00 (10.15)	6.13	1, 99	<b>.015</b>	.00, .17
<b>Amfeta</b>	.00 (.00)	6.15 (8.51)	6.73	1, 99	<b>.011</b>	.00, .17
<b>Sedants</b>	.00 (.00)	10.58 (12.24)	9.63	1, 99	<b>.002</b>	.01, .21
Inhal.	.00 (.00)	1.67 (3.90)	2.38	1, 99	.126	.00, .11
Al·luci.	.00 (.00)	1.43 (3.60)	2.04	1, 99	.157	.00, .10
Opiacis	.00 (.00)	1.32 (3.83)	1.52	1, 99	.220	.00, .09
<b>TSI</b>	9.77 (8.54)	88.98 (43.91)	41.72	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.15, .42

Nota: TSI= Total substàncies, \**p*<.05, \*\**p*<.01, \*\*\**p*<.001

**Taula 10. Validesa convergent: matriu de correlació R de Pearson d'associacions entre les puntuacions ASSIST-Y Total (TSI). Puntuació específica per substància (SSI) i les puntuacions totals obtingudes en les escales CAST, SDS i CRAFFT**

	TSI	Tabac	Alcohol	THC	Coca	AFT	Inhal.	Sedants	Al·lu.	Opiacis	Altres	SDS	CAST
TSI	--												
SSI	.511***	--											
Tabac													
SSI	.607***	.438***	--										
Alcohol													
SSI THC	.551***	.401***	.324***	--									
SSI	.754***	.311**	.460***	0.175	--								
Cocaïna													
SSI AFT	.696***	0.182	.367***	.212*	.550***	--							
SSI	.450***	0.098	.239*	0.137	.277**	.468***	--						
Inhalants													
SSI	.758***	.267**	.249*	.230*	.587***	.460***	.344***	--					
Sedants													
SSI Al·lu	.466***	0.136	0.153	0.128	.440***	.367***	.316**	.208*	--				
SSI	.394***	0.062	0.004	0.178	0.176	0.19	0.179	.291**	.487***	--			
Opiacis													
SSI	.570***	0.07	0.117	0.146	.324***	.326***	0.081	.526***	.219*	.362***	--		
Altres													
Total SDS	<b>.686***</b>	.414***	.360***	.561***	.398***	.427***	.324**	.549***	0.128	.279**	.364***		
Total CAST	<b>.615***</b>	.355***	.309**	<b>.849***</b>	.206*	.345***	.215*	.366***	0.14	.256**	.286**	.644***	--
Total CRAFFT	<b>.648***</b>	.544***	.466***	.678***	.349***	.314**	0.162	.412***	0.13	0.167	.238*	.631***	.719***

Nota: TSI= Total substàncies ; SSI=Puntuació específica per substància; THC= Cànnabis; AFT=Amfetamines-Tipus estimulants; Al·lu.=Al·lucinògens; SDS=Severity of Dependence Scale; CAST=Cannabis Abuse Screening Test; CRAFFT=CRAFFT; Screening Tool; \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



De nou, en la següent taula l'ASSIST-Y va ser capaç de detectar de forma fiable diferències entre l'ús dependent i el no dependent de totes les substàncies a excepció dels al·lucinògens i opioides. Això es deu al baix pes estadístic d'aquestes substàncies. L'ASSIST-Y també va ser capaç de detectar diferències en la subescala d'inhalants ( $p < .05$ ) malgrat el nombre baix de persones dependents ( $n=4$ ) (veure taula 11).

**Tabla 11. Validesa Convergent de les puntuacions ASSIST-Y basades en la categorització del SDS dependència**

	No Dependència	Dependència				
	N=28	N=73				
<b>Tabac</b>	9.04 (6.91)	15.73 (4.74)	30.82	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.10, .37
<b>Alcohol</b>	4.18 (5.10)	12.41 (9.68)	24.59	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.05, .28
<b>Cànnabis</b>	9.93 (11.42)	24.08 (8.46)	46.28	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.17, .44
<b>Cocaïna</b>	1.00 (2.31)	8.05 (10.78)	11.72	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.02, .23
<b>Amfeta</b>	1.39 (3.28)	6.88 (9.00)	9.85	1, 99	<b>.002</b>	.01, .21
<b>Sedants</b>	.71 (3.78)	12.48 (12.42)	24.13	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.07, .33
Inhal	.11 (.57)	1.97 (4.20)	5.45	1, 99	.022	.00, .16
Al·luci.	.86 (2.45)	1.40 (3.70)	.51	1, 99	.477	.00, .07
Opiacis	.46 (1.40)	1.41 (4.13)	1.40	1, 99	.239	.00, .09
<b>TSI</b>	32.36 (25.69)	96.59 (43.84)	52.91	1, 99	<b>&lt;.001</b>	.20, .47

Nota: TSI= Total substàncies, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

I per últim, es va comparar les puntuacions pel cànnabis de l'ASSIST-Y amb les estratificacions del CAST mitjançant l'ANOVA unidireccional amb les proves post-hoc de Scheffe. Com es pot veure en la taula 12, un cop més l'ASSIST-Y va demostrar que era capaç de detectar diferències entre els diferents grups de consum. Principalment entre l'ús problemàtic i el baix risc i no risc. Una vegada més, el nombre baix de consumidors de baix risc i risc moderat presents en el

CAST va fer que la capacitat per detectar una adequada validesa convergent estigués limitada (n=2).

**Taula 12. Validesa convergent de les puntuacions ASSIST-Y per al cànnabis en comparació amb les estratificacions de CAST**

Substància	No risc	Baix Risc	Risc Moderat	Ús proble-màtic	ANOVA Test Statistic				
	ASSIST SSI M (SD)	ASSIST SSI M (SD)	ASSIST SSI M (SD)	ASSIST SSI M (SD)	F-test	df	p	Eta-squared	95% CI
	N=17	N=2	N=2	N=80					
Cànnabis	<b>2.88</b> <b>(8.08)</b>	<b>5.00</b> <b>(4.24)</b>	<b>9.50</b> <b>(2.12)</b>	<b>24.48</b> <b>(7.47)</b>	<b>42.81</b>	<b>3, 97</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.57</b>	<b>.43, .65</b>

Post-hoc Group Comparisons (Scheffe's Test)	M Diferència	95 CI	p
<b>Ús problemàtic</b>			
vs. no risc	<b>21.59</b>	<b>15.88, 27.03</b>	<b>&lt;.001</b>
vs. baix risc	<b>19.48</b>	<b>4.17, 34.78</b>	<b>.006</b>
vs. moderat	14.98	-.33, 30.28	.058
<b>Risc Moderat</b>			
vs. no risc	6.62	-9.36, 22.60	.709
vs. baix risc	4.50	-16.88, 25.88	.948
<b>Baix Risc</b>			
vs. no risc	2.28	-18.90, 13.86	.986

Nota: SSI= Puntuació específica escala de cànnabis, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.00

## 6.7 Validesa Concurrent

La validesa concurrent cerca que les puntuacions obtingudes en el test correlacionin amb el criteri o situació actual del subjecte d'estudi. Per tant, la validesa concurrent s'utilitza per establir un diagnòstic del subjecte, en el nostre cas, si presenta el diagnòstic d'abús o de dependència a la substància.

Per poder mesurar-la s'ha calculat la prevalença i la mitjana (SD) de les puntuacions obtingudes en l'ASSIST-Y estratificades segons el diagnòstic obtingut en l'entrevista MINI-Plus (present o absent) al llarg de la vida o en l'actualitat. Com es pot veure en la taula 13, en tots els casos, les puntuacions de l'ASSIST-Y van ser més altes entre el grup amb el diagnòstic MINI-Plus present que el diagnòstic absent.

Aquesta taula destaca el poder d'ASSIST-Y per detectar diferències entre grups, per a totes les substàncies d'abús MINI-Plus (ja sigui de per vida o actualment). L'ASSIST-Y també va poder detectar diferències per a l'alcohol, el cànnabis i els sedants sobre les mesures de dependència. Però no es va poder calcular per la resta de substàncies donat el baix nombre de casos amb dependència diagnosticats mitjançant l'entrevista MINI-Plus ( $n < 5$ ). Es pot veure que només es van necessitar 9 casos de dependència a l'alcohol per detectar de manera fiable diferències ( $p=.002$ ), per tant cal una mostra més gran per poder confirmar la validesa concurrent en la resta de substàncies (veure taula 14).

**Taula 13. Comparació entre la mitjana (SD) ASSIST-Y estratificat per la presència o absència de MINI-Plus de diagnòstics actuals o al llarg de la vida per dependència o abús per: alcohol, cànnabis, cocaïna i sedants**

Substància	ASSIST Y Puntuació Total				Test estadístics			
	Diagnòstic Present		Diagnòstic Absent		t-test	p	Hedges' g	95% CI
N (%)	Mitjana (SD) SSI	N (%)	Mitjana (SD) T SSI					
<b>Alcohol</b>								
Llarg vida dependència	9 (11.7)	18.3 (10.5)	68 (88.3)	8.6 (9.0)	-3.0	<b>.002</b>	-1.05	1.76, -0.34
Llarg vida abús	31 (46.3)	13.2 (10.3)	36 (53.7)	4.9 (5.3)	-4.2	<b>&lt;.001</b>	-1.03	1.53, -0.52
Actual dependència	9 (11.7)	18.3 (10.5)	68 (88.3)	8.6 (9.0)	-3.0	<b>.002</b>	-1.05	1.76, -0.34
Actual abús	34 (50.0)	13.1 (9.9)	34 (50.0)	4.1 (5.0)	-4.7	<b>&lt;.001</b>	-1.13	1.63, -0.62
<b>Cànnabis</b>								
Llarg vida dependència	51 (66.2)	25.2 (8.6)	26 (33.8)	9.3 (11.2)	-6.9	<b>&lt;.001</b>	-1.65	2.20, -1.10
Llarg vida abús	73 (94.8)	20.9 (11.5)	4 (5.2)	.0 (0.0)	-3.6	<b>&lt;.001</b>	-1.84	2.87, -.80
Actual dependència	51 (66.2)	25.5 (8.0)	26 (33.8)	8.7 (11.1)	-7.6	<b>&lt;.001</b>	-1.81	2.36, -1.26
Actual abús	16 (53.3)	12.1 (11.1)	14 (46.7)	12.9 (15.7)	.2	.871	.06	0.64, 0.76
<b>Cocaïna</b>								
Llarg vida dependència	4 (5.2)	10.3 (10.3)	73 (94.8)	5.0 (9.3)	-1.1	.277	-.56	0.16, 0.45
Llarg vida abús	41 (53.2)	9.8 (11.0)	36 (46.8)	.2 (1.0)	-5.2	<b>&lt;.001</b>	-1.18	1.65, -0.69
Actual dependència	4 (5.2)	10.3 (10.3)	73 (94.8)	5.0 (9.3)	-1.1	.277	-.56	0.16, 0.45
Actual abús	32 (43.2)	11.0 (11.6)	42 (56.8)	.3 (1.2)	.5.9	<b>&lt;.001</b>	-1.38	1.88, -0.87
<b>Sedants</b>								
Llarg vida dependència	14 (18.2)	22.7 (11.9)	63 (81.8)	5.5 (8.9)	-6.1	<b>&lt;.001</b>	-1.80	2.40, -1.10
Llarg vida abús	41 (53.9)	15.4 (11.8)	35 (46.1)	.9 (4.3)	-6.9	<b>&lt;.001</b>	-1.56	2.07, -1.05
Actual dependència	16 (20.8)	20.9 (12.5)	61 (79.2)	5.4 (9.0)	-5.6	<b>&lt;.001</b>	-1.57	2.17, -0.97
Actual abús	21 (28.4)	10.0 (10.5)	53 (71.6)	3.8 (7.5)	-2.9	<b>.005</b>	-.73	1.24, -0.22

Nota: TSI= Total substàncies, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

**Taula 14. Comparació entre la mitjana (SD) ASSIST-Y estratificat per la presència o absència de MINI-Plus de diagnòstics actuals o al llarg de la vida per dependència o abús per: derivats amfetamínics, al·lucinògens, inhalants i opiàcis**

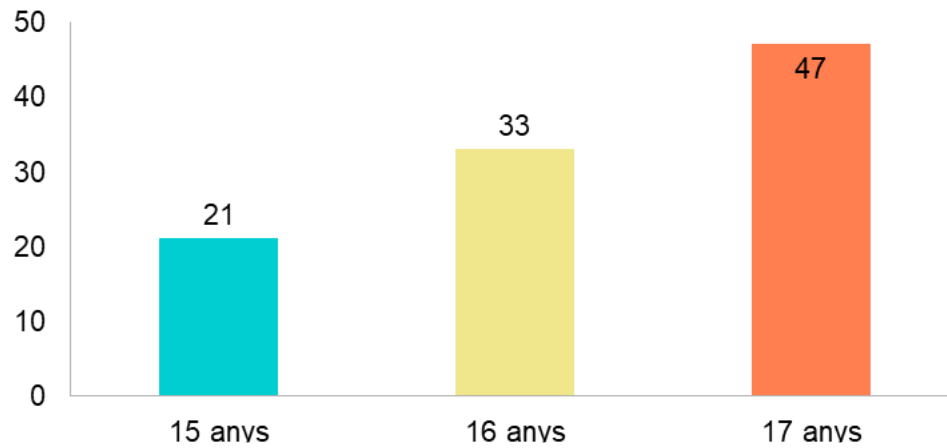
Substància	ASSIST Y Puntuació Total				Test estadístics			
	Diagnòstic Present N (%)	Mitjana (SD) SSI	Diagnòstic Absent N (%)	Mitjana (SD) SSI	t-test	p	Hedges 'g	95% CI
<b>Amfetamínics</b>								
Llarg vida dependència	3 (3.9)	10.3 (6.7)	74 (96.1)	5.5 (8.9)	-9	.359	-.54	1.68, 0.61
Llarg vida abús	25 (32.5)	9.7 (10.0)	52 (67.5)	3.8 (7.6)	-2.9	<b>.005</b>	-.69	1.17, -0.20
Actual dependència	3 (3.9)	10.3 (6.7)	74 (96.1)	5.5 (8.9)	-9	.359	-.54	1.68, 0.61
Actual abús	21 (28.4)	10.0 (10.5)	53 (71.6)	3.8 (7.5)	-2.9	<b>.005</b>	-.73	1.24, -0.22
<b>Al·lucinògens</b>								
Llarg vida dependència	3 (3.9)	0.0 (0.0)	74 (96.1)	1.3 (3.6)	.6	.526	.37	0.77, 1.51
Llarg vida abús	38 (49.4)	2.6 (4.7)	39 (50.6)	.0 (0.0)	-3.4	<b>&lt;.001</b>	-.78	1.23, -0.32
Actual dependència	3 (3.9)	0.0 (0.0)	74 (96.1)	1.3 (3.6)	.6	.526	.37	0.77, 1.51
Actual abús	32 (42.7)	2.8 (5.0)	43 (57.3)	.2 (1.0)	-3.3	<b>.001</b>	-.76	1.23, -0.29
<b>Inhalants</b>								
Llarg vida dependència	2 (2.6)	1.5 (2.1)	75 (97.4)	1.6 (3.8)	.0	.983	.02	1.38, 1.40
Llarg vida abús	23 (29.9)	3.0 (5.8)	54 (70.1)	1.0 (2.3)	-2.2	.035	-.53	1.02, -0.04
Actual dependència	2 (2.6)	1.5 (2.1)	75 (97.4)	1.6 (3.8)	.0	.983	.02	1.38, 1.40
Actual abús	16 (21.3)	3.3 (6.9)	59 (78.7)	1.1 (2.4)	-2.0	.047	-.56	1.11, -0.01
<b>Opiàcis</b>								
Llarg vida dependència	0 (0)	0 (0)	77 (100)	1.4 (4.0)	-	-	-	-
Llarg vida abús	14 (18.2)	4.8 (7.1)	63 (81.8)	.7 (2.6)	-3.7	<b>&lt;.001</b>	-1.09	1.69, -0.49
Actual dependència	0 (0)	0 (0)	77 (100)	1.4 (4.0)	-	-	-	-
Actual abús	14 (18.2)	4.8 (7.1)	62 (81.8)	.7 (2.6)	-3.7	<b>&lt;.001</b>	-1.08	1.68, -0.48

Nota: TSI= Total substàncies, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## 6.8 Influència de les variables sociodemogràfiques i el consum de substàncies

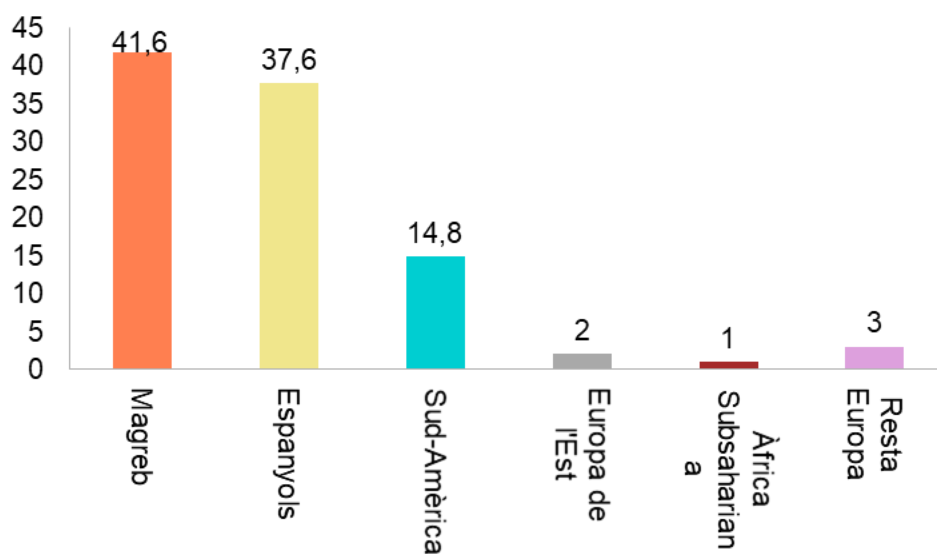
En el següent apartat es mostren les principals variables sociodemogràfiques recollides respecte a la mostra dels menors i joves objecte d'estudi.

**Gràfic 5. Distribució de l'edat de la mostra**



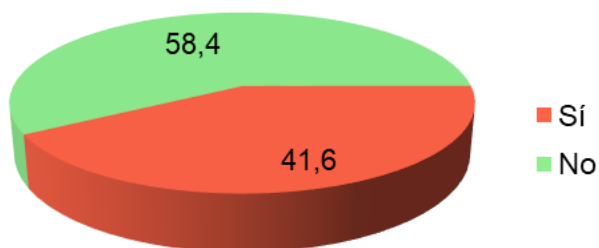
La mostra de la present investigació està composta per adolescents entre els 15 i els 17 anys amb una mitjana d'edat de 16,26.

**Gràfic 6. País d'origen**



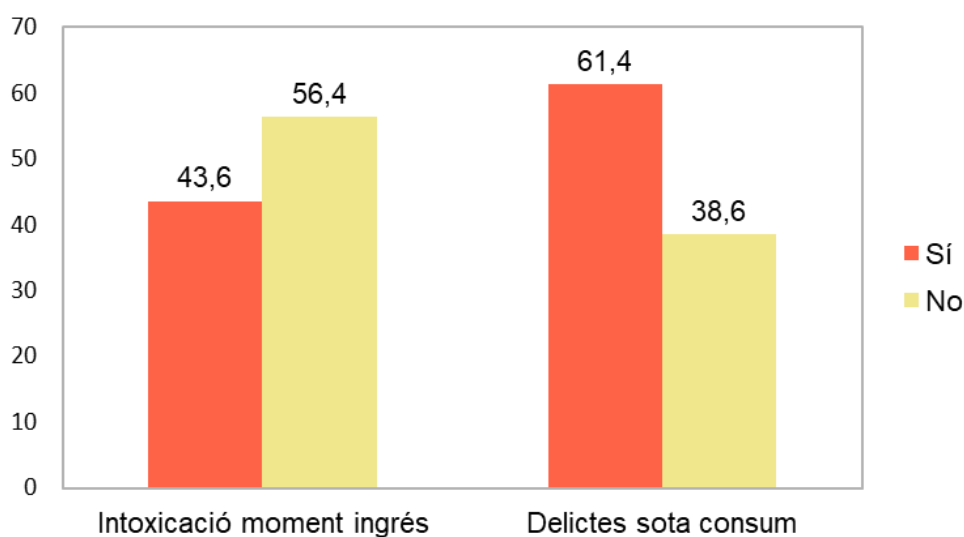
La mostra analitzada prové de diferents zones d'origen. Els adolescents nascuts al Magreb són els majoritaris (41,6%), seguits dels espanyols (37,6%). La resta de la mostra es troba repartida entre la població originària de Sud Amèrica, Àfrica Sud Sahariana i de la resta d'Europa.

**Gràfic 7. Reincidència de la mostra**



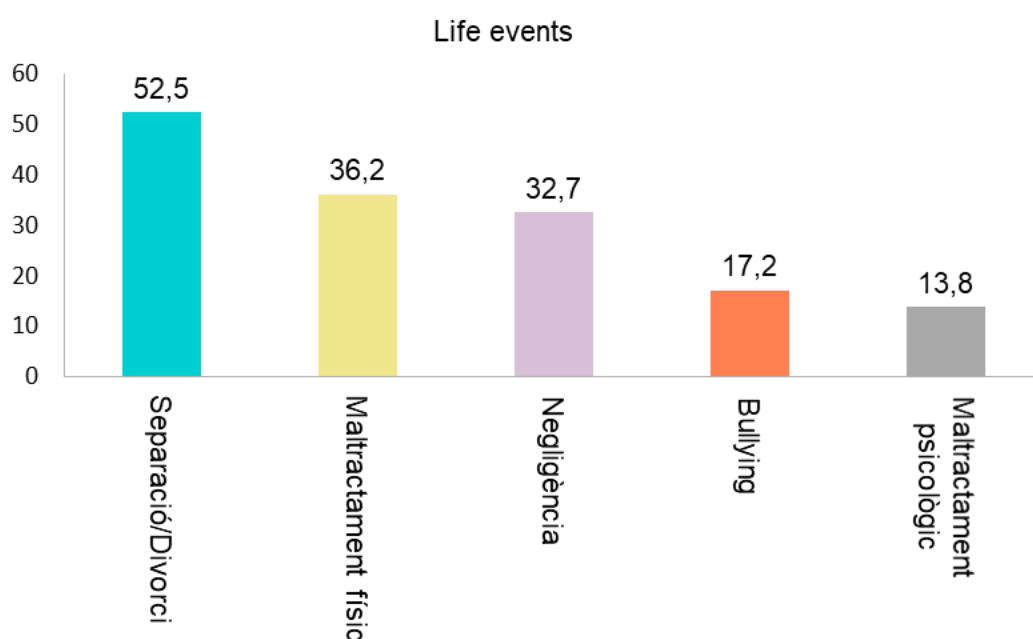
D'altra banda, cal destacar que el 41,6% del total dels joves presenta reincidència prèvia a l'ingrés del Centre Educatiu on s'ha realitzat la investigació. Aquesta dada és indicativa de la trajectòria dels adolescents en Justícia Juvenil.

**Gràfic 8. Consum de substàncies i delictes**



El 43,6% dels joves reconeixien que en el moment de l'ingrés es trobaven sota els efectes de substàncies tòxiques, restant alterades les seves capacitats volitives. Relacionat amb aquesta dada, el 61,4% afirmaven que havien comès algun tipus de infracció o conducta delictiva sota els efectes de substàncies tòxiques.

**Gràfic 9. Life events**



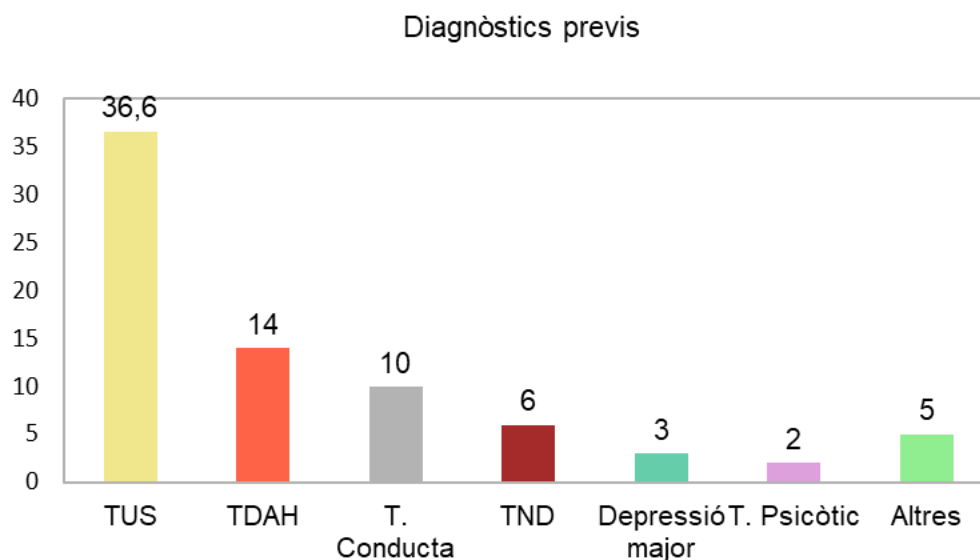
Un altre factor de risc avaluat ha estat l'experimentació per part dels joves algun *life event*, és a dir, una vivència traumàtica o rellevant que ha pogut influenciar negativament la seva trajectòria vital. El 60% de la mostra refereix haver-ne viscut. En relació al maltractament per part de la família o els cuidadors principals, referien haver patit en el 36,2% maltractament físic, 32,7% negligència i 13,8% maltractament psicològic. Destaca també que el 52,5% dels progenitors s'havien separat o divorciat.

Amb anterioritat a l'administració de l'ASSIST-Y el 37% de la mostra ja comptava amb un diagnòstic previ a l'ingrés al CE Can LLupià, de Trastorn per Ús de Substàncies segons el DSM-5 (TUS) diagnosticat per part d'un professional de salut mental dels Centres de Salut Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) o els Centres d'Atenció a les Drogodependències (CAS) que constava en la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3).



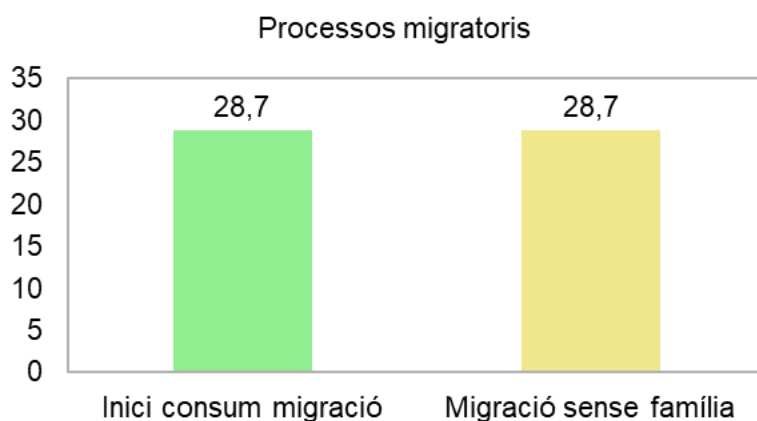
Pel que fa referència a la resta de trastorns mentals, un 13,8% dels joves compten amb un diagnòstic de Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH). Seguidament el diagnòstic majoritari és el de Trastorn de Conducta amb un 10% del total de la mostra; i en quarta posició s'ubica el Trastorn Negativista Desafiament (TND) amb un 5,9% dels joves.

**Gràfic 10. Diagnòstics previs**

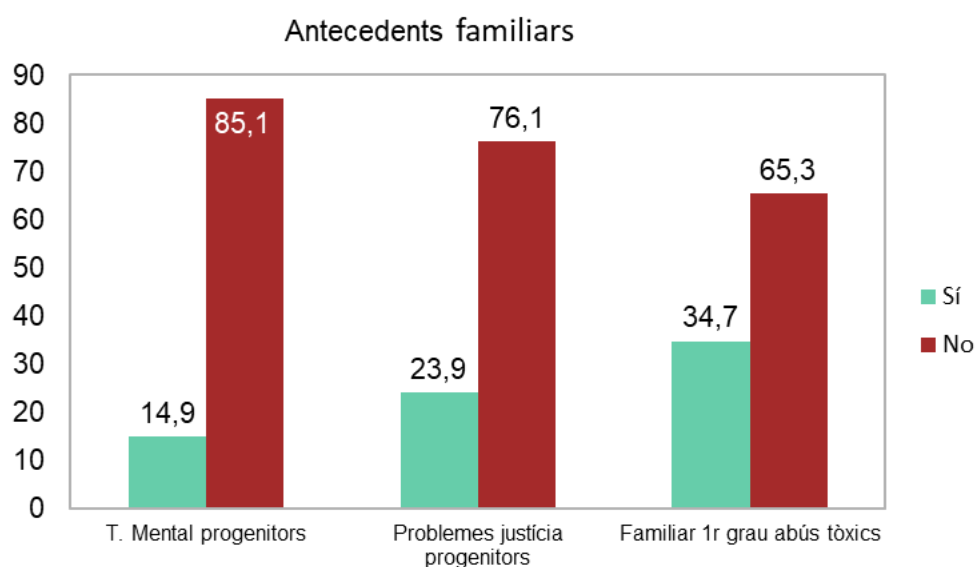


Del total de joves procedents d'altres països, destaca que un 28,7% va iniciar-se en el consum de substàncies tòxiques coincidint amb el procés migratori. Alhora el mateix nombre d'adolescents va dur a terme aquest procés sense cap referent familiar que el pogués recolzar en aquest canvi vital.

**Gràfic 11. Processos migratoris: inici del consum amb la migració i migració sense família**



## Gràfic 12. Antecedents familiars



Pel que respecte als factors de risc recollits dels familiars destaca que un 34,7% presentava problemàtica en consum de substàncies tòxiques i un 23,9% comptava amb antecedents penals en la jurisdicció d'adults. Menys significatiu és la presència d'un diagnòstic de salut mental per part dels progenitors (14,9%).

De forma paral·lela explorem la relació entre les variables dependents: immigració, viure en entorns marginals, reincidència, presència de *life events* i familiars de primer grau amb problemàtica de consum de substàncies. Trobem, mitjançant l'estadístic descriptiu ANOVA d'un factor, que:

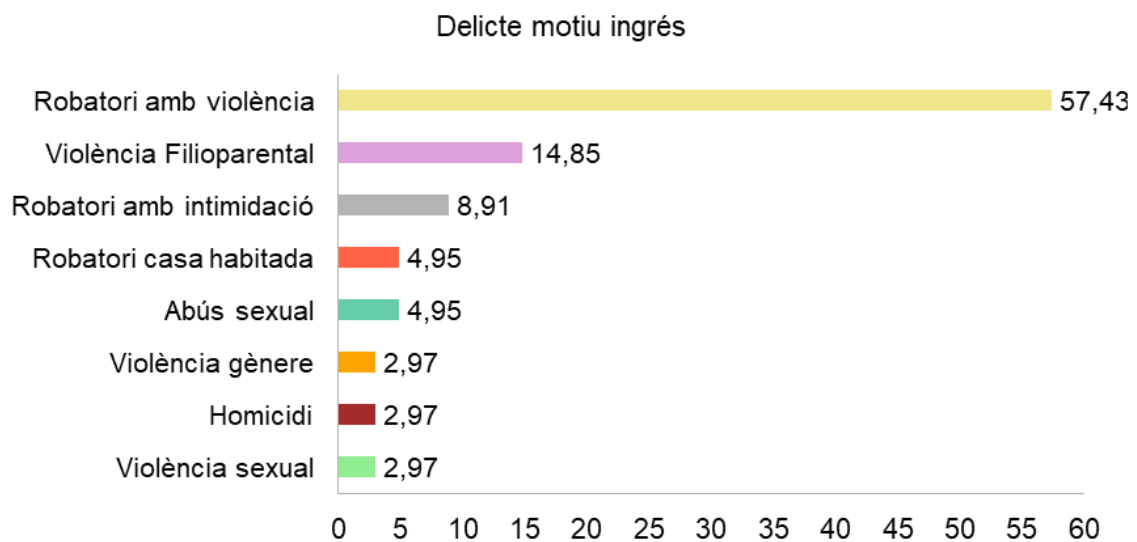
- Les persones migrants tenen una major prevalença de consum moderat i alt en sedants i/o pastilles per dormir sense recepta mèdica ( $p \leq .0001$ ) i inhalants ( $p = .002$ ).
- Els menors i joves que viuen en entorns marginals o sense família presenten un major consum alt i moderat de cànnabis ( $p = .0052$ ); cocaïna ( $p = .0002$ ); sedants i/o pastilles per dormir sense recepta mèdica ( $p \leq .0001$ ) i altres substàncies ( $p = .074$ ).

- Els menors i joves que són reincidents tenen una major problemàtica de consum de sedants i/o pastilles per dormir sense recepta mèdica ( $p \leq .023$ ).
- En la nostra mostra no s'ha trobat que tenir un familiar de primer grau amb consum de tòxics és una variable dependent pel consum moderat i alt de substàncies en els seus fills ( $p \leq .063$ ).

## 6.9 Relació entre el tipus de delicte i el consum de substàncies

Una de les variables d'interès és estudiar la relació entre el consum de substàncies tòxiques i el tipus de delicte. Com es pot veure en el gràfic 13 més de la meitat de la mostra van ingressar al centre per robatoris amb violència ( $n=57$ ) seguit de delictes de violència filo-parental ( $n=15$ ), robatoris amb intimidació ( $n=9$ ) i robatori en casa habitada ( $n=5$ ).

**Gràfic 13. Delicte motiu d'ingrés al centre**



Per poder veure si existia o no correlació entre els tipus de delicte i el consum de les 10 substàncies tòxiques es va fer mitjançant la correlació de Spearman. Com es pot veure en la taula 15 existeixen correlacions entre cada delicte i cada substància.

Per aquest motiu, es va procedir a un segon anàlisi mitjançant la prova T de mostres independents amb l'objectiu de trobar diferències inter-grupals entre els delictes més comuns (robatori amb violència, violència filo-parental, robatori amb intimidació i robatori en casa habitada) i el consum de cada substància. Com es pot veure en les taules següents apareixen resultats altament significatius en cada un d'aquest quatre delictes.

**Taula 15. Correlacions entre delictes i substància consumida**

	Robbery with intimidation	Robbery with violence	theft in inhabited house	family violence	sexual abuse	Gender violence	Homicide	Sexual violence	Criminal Gangs	Tobacco	Alcohol	Cannabis	Cocaine	ATS	Inhalants	Sedatives	Hallucinogens	Opioids	other drugs
Robbery with intimidation	--																		
Robbery with violence	<b>-.356<sup>***</sup></b>	--																	
Theft in inhabited house	-0.071	<b>-.260<sup>**</sup></b>	--																
Family violence	-0.131	<b>-.475<sup>***</sup></b>	-0.095	--															
Sexual abuse	-0.071	<b>-.260<sup>**</sup></b>	-0.052	-0.095	--														
Gender violence	-0.055	<b>-.199<sup>*</sup></b>	-0.040	-0.073	-0.040	--													
Homicide	-0.055	<b>-.199<sup>*</sup></b>	-0.040	-0.073	-0.040	-0.031	--												
Sexual violence	-0.055	<b>-.199<sup>*</sup></b>	-0.040	-0.073	-0.040	-0.031	-0.031	--											
criminal gangs	-0.031	-0.114	-0.023	-0.042	-0.023	-0.017	-0.017	-0.017	--										
Tobacco	0.150	0.048	-0.020	0.056	-0.105	0.084	-0.053	<b>-.245<sup>*</sup></b>	<b>-.234<sup>**</sup></b>	--									
Alcohol	-0.057	0.160	-0.006	-0.019	-0.180	0.179	-0.186	-0.106	0.031	<b>.255<sup>*</sup></b>	--								
Cannabis	0.102	0.042	-0.086	0.159	<b>-.205<sup>*</sup></b>	0.097	-0.055	<b>-.207<sup>*</sup></b>	-0.150	<b>.601<sup>***</sup></b>	<b>.286<sup>***</sup></b>	--							
Cocaine	0.012	0.145	-0.031	-0.019	<b>-.197<sup>*</sup></b>	-0.020	-0.020	-0.020	-0.086	<b>.297<sup>***</sup></b>	<b>.341<sup>***</sup></b>	<b>.198<sup>**</sup></b>	--						
ATS	-0.082	0.174	0.044	-0.022	-0.124	-0.014	-0.145	-0.014	-0.083	<b>.279<sup>***</sup></b>	<b>.299<sup>***</sup></b>	<b>.339<sup>***</sup></b>	<b>.547<sup>***</sup></b>	--					
Inhalants	-0.091	<b>.284<sup>**</sup></b>	-0.123	-0.085	-0.020	-0.094	-0.094	-0.094	-0.054	0.143	<b>.210<sup>*</sup></b>	<b>.253<sup>*</sup></b>	<b>.275<sup>***</sup></b>	<b>.446<sup>***</sup></b>	--				
Sedatives	0.117	0.106	-0.009	-0.056	-0.063	-0.040	-0.164	-0.040	-0.094	<b>.366<sup>***</sup></b>	<b>.250<sup>*</sup></b>	<b>.365<sup>***</sup></b>	<b>.515<sup>***</sup></b>	<b>.623<sup>***</sup></b>	<b>.367<sup>***</sup></b>	--			
Hallucinogens	0.009	0.106	-0.006	-0.010	-0.006	-0.086	-0.086	-0.086	-0.049	0.128	0.084	0.120	<b>.421<sup>***</sup></b>	<b>.467<sup>***</sup></b>	<b>.434<sup>***</sup></b>	<b>.215<sup>*</sup></b>	--		
Opioids	-0.025	0.037	0.024	0.128	-0.095	-0.073	-0.073	-0.073	-0.042	0.078	-0.015	0.177	<b>.247<sup>*</sup></b>	<b>.303<sup>***</sup></b>	<b>.220<sup>*</sup></b>	<b>.252<sup>*</sup></b>	<b>.492<sup>***</sup></b>	--	
Other	-0.047	0.159	0.159	-0.024	-0.140	-0.107	-0.107	-0.107	-0.061	0.188	0.179	<b>.196<sup>*</sup></b>	<b>.347<sup>***</sup></b>	<b>.461<sup>***</sup></b>	0.090	<b>.452<sup>***</sup></b>	<b>.311<sup>***</sup></b>	<b>.330<sup>***</sup></b>	--

**Taula 16. Delicte: Robatori amb violència - prova T per a mostres independents**

SSI	Levene's Test for Equality of Variances									Cohen's d
	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95% CI		
								Lower	Upper	
Tabac	.98	.325	.202	86,198	.841	.26	1,27	-2,26	2,77	
<b>Alcohol</b>	4,722	.032	1,786	99	<b>.077</b>	3,33	1,86	-.37	7,03	
Cànnabis	2,436	.122	-.782	83,453	.437	-1,81	2,32	-6,43	2,80	
Cocaïna	1,818	.181	1,218	96,334	.226	2,35	1,93	-1,48	6,18	
<b>Amfeta.</b>	7,942	.006	1,901	99	<b>.06</b>	3,09	1,62	-.14	6,31	
<b>Inhal.</b>	13,624	<b>&lt;.001</b>	2,348	99	<b>.021</b>	<b>1,69</b>	<b>.72</b>	<b>.26</b>	<b>3,12</b>	<b>3,59</b>
Sedants	5,466	.021	1,565	99	.121	3,73	2,38	-1,00	8,46	
<b>Al·luci.</b>	15,336	<b>&lt;.001</b>	1,972	99	<b>.05</b>	<b>1,32</b>	<b>.66</b>	<b>.00</b>	<b>2,66</b>	<b>3,35</b>
Opiacis	.018	.894	-.025	76,726	.98	-.02	.75	-1,52	1,48	
<b>Altres</b>	12,141	<b>&lt;.001</b>	1,792	99	<b>.076</b>	3,24	1,81	-.35	6,82	
TSI (Q1-Q7)	3,986	.049	1,915	98,949	.058	17,94	9,37	-.65	36,52	

En el delicte de robatori amb violència es va associar amb puntuacions mitjanes significativament més altes relacionades amb el consum d'inhalants i al·lucinògens. També es van trobar diferències significatives a nivell inter-grupal en el grup de menors i joves que consumien amfetamines o derivats amfetamínics, alcohol i altres substàncies.

**Taula 17. Delicte: Violència filo-parental - Prova T per a mostres independents**

SSI	Levene's Test for Equality of Variances									Cohen's d
	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95% CI		
								Lower	Upper	
Tabac	1,452	.231	-.557	21,22	.584	-.87	1,56	-4,10	2,37	
Alcohol	.062	.804	-.149	19,563	.883	-.39	2,58	-5,78	5,01	
<b>Cànnabis</b>	2,662	.106	<b>2,358</b>	<b>21,88</b>	<b>.028</b>	<b>6,39</b>	<b>2,71</b>	<b>.77</b>	<b>12,01</b>	<b>11,1</b>
Cocaïna	4,55	.035	-1,018	99	.311	-2,78	2,73	-8,19	2,64	
Amfeta.	.165	.686	.153	16,646	.88	.44	2,89	-5,67	6,56	
Inhal.	.52	.473	-.618	22,915	.542	-.53	.87	-2,32	1,25	
Sedants	9,205	.003	-1,37	99	.174	-4,56	3,33	-11,17	2,05	
Al·lucin.	.891	.347	-.719	35,12	.477	-.45	.62	-1,71	.82	
Opiacis	7,364	.008	1,626	99	.107	1,63	1,00	-.36	3,61	
Altres	3,671	.058	-1,037	24,008	.31	-2,14	2,06	-6,40	2,12	
TSI (Q1-Q7)	1,802	.183	-.241	22,061	.812	-2,88	11,92	-27,60	21,84	

En el cas de la violència filo-parental es va associar amb puntuacions mitjanes significativament més altes en el consum de cànnabis. Per la resta de substàncies no es va trobar cap significació estadística.

**Taula 18. Delicte: Robatori amb intimidació - Prova T per a mostres independents**

SSI	Levene's Test for Equality of Variances									
	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95% CI		Cohen's d
								Lower	Upper	
<b>Tabac</b>	3,573	<b>.062</b>	2,975	13,98	<b>.001</b>	3,92	1,32	-6,75	-1,09	6,10
Alcohol	.811	.370	.191	1,07	.838	.63	3,00	-6,05	7,31	
<b>Cànnabis</b>	1,189	.278	.494	1,54	<b>.031</b>	8,12	3,26	-15,33	-.92	11,10
Cocaïna	9,574	.003	1,334	99,00	.185	4,53	3,39	-11,26	2,21	
Amfetamínics	8,503	.004	1,465	99,00	.146	4,17	2,85	-1,48	9,82	
Inhalants	4,054	.047	1,056	99,00	.294	1,35	1,28	-1,19	3,90	
<b>Sedants</b>	4,212	<b>.043</b>	1,773	99,00	<b>.079</b>	7,32	4,13	-15,52	.87	
Al·lucinògens	1,743	.190	1,44	28,36	.161	.76	.53	-.32	1,83	
Opiacis	.35	.555	.469	12,39	.648	.41	.87	-1,48	2,29	
Altres substàncies	.153	.697	.305	99,00	.761	.97	3,19	-5,36	7,31	
TSI (Q1-Q7)	.574	.450	1,228	11,25	.245	16,1	13,11	-44,88	12,68	

En relació al delicte de robatori amb intimidació es va associar amb puntuacions mitjanes significativament més altes en el consum de tabac, cànnabis i sedants o pastilles per dormir sense recepta mèdica.

**Taula 19. Delicte: Robatori en casa habitada - Prova T per a mostres independents**

SSI	Levene's Test for Equality of Variances					M	SD	95% CI		Cohen's d
	F	Sig.	t	df	p			Lower	Upper	
Tabac	.059	.809	-.437	4,26	.683	-1,55	3,54	-11,15	8,06	
Alcohol	1,594	.21	-.905	4,63	.410	-3,29	3,64	-12,87	6,29	
<b>Cànnabis</b>	1,462	.23	-.531	4,25	.622	-3,53	6,65	-21,59	14,52	
Cocaïna	.493	.484	-.467	4,61	.662	-1,79	3,83	-11,89	8,31	
Amfeta.	.679	.412	-.122	4,68	.908	-.38	3,09	-8,47	7,72	
<b>Inhal.</b>	3,122	.08	-3,998	95	<b>&lt;.001</b>	<b>-1,53</b>	<b>.38</b>	<b>-2,29</b>	<b>-.77</b>	<b>3,68</b>
Sedants	7,259	.008	-.924	99	.358	-5,07	5,49	-15,96	5,82	
Al·luci.	1,313	.255	-1,668	12,43	.120	-.89	.53	-2,05	.27	
Opiacis	.001	.979	.043	4,81	.967	.05	1,26	-3,22	3,32	
Altres	.537	.466	1,017	4,31	.363	4,89	4,80	-8,08	17,86	
TSI (Q1-Q7)	.509	.477	-.721	4,76	.505	-12,61	17,49	-58,25	33,04	

Per últim en els delictes de robatori en casa habitada es van associar amb puntuacions mitjanes significativament més altes en el consum d'inhalants.



## 7. Discussió

### 7.1 Propietats psicomètriques ASSIST-Y

Aquesta recerca té com objectiu la validació i fiabilització de la prova de detecció de consum de tabac, alcohol i altres substàncies (ASSIST-Young) en menors i joves (15 a 17 anys) privats de llibertat.

S'ha d'assenyalar que l'ASSIST-Young es va desenvolupar fa molt poc temps per l'equip de la Universitat d'Adelaide, Austràlia (Humenuk i col., 2016) i que en l'actualitat només s'ha utilitzat en tres països: Austràlia (Humenuk i col., 2016), Zàmbia (Kane i col., 2016) i Suècia (Källmén i col., 2019). Això es deu, en part, a que portar a terme la validació d'un instrument dirigit a menors i joves requereix d'una grandària mostral molt àmplia donada la baixa prevalença del consum d'algunes substàncies com són ara els amfetamínics o derivats amfetamínics, els al·lucinògens, els inhalants o els opiàcis. A més a més, hi tenen a veure implicacions ètiques associades a l'accés a mostres de menors i joves.

Per aquest motiu, la investigació que s'ha presentat i els resultats que s'han trobat són de gran rellevància ja que s'ha accedit a una mostra de menors i joves amb una alta prevalença de consum de substàncies que estan complint una mesura privativa de llibertat.

Aquest estudi demostra que la versió de l'ASSIST- Young per persones de 15 a 17 anys té bones propietats psicomètriques per mesurar diferents nivells de risc de consum en aquesta població. A més a més, l'instrument ha estat ben acceptat pels joves i per les seves famílies. L'AFE i AFC van mostrar un model unidimensional per a totes les substàncies a excepció d'inhalants i al·lucinògens, el que sustenta que les puntuacions de risc específiques obtingudes per tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, derivats amfetamínics, al·lucinògens, hipnosedants, opiàcis i altres substàncies té suficient recolzament empíric per aquesta mostra de subjectes. Els valors de consistència interna pel total de l'escala va ser excel·lent (.91) i els valors calculats per cada substància oscil·len entre .92 i .82. Aquests són valors

similars als trobats en els estudis de Austràlia, Zàmbia i Suècia. Només la consistència interna de tabac (.60) ha estat insuficient i molt per sota dels estudis realitzats per exemple a Zàmbia que amb pràcticament el mateix nombre de mostra (n=108) va resultar de .80 (Kane i col., 2016).

A més a més, es van trobar evidències de validesa concurrent basades en les relacions amb altres instruments (CAST, SDS, CRAFFT, FNTD i MINI-Plus).

Les puntuacions SSI va ser significativament més altes per aquells pacients amb un diagnòstic d'actual abús o dependència mesurat mitjançant l'entrevista MINI-Plus el que demostra que els punts de tall per cada substància en relació al consum moderat o d'alt risc reflecteixen l'ús problemàtic de substàncies.

La anàlisi ROC i la prova ANOVA van mostrar evidències d'una bona validesa discriminant, trobant diferències significatives entre els grups d'ús i abús de totes les substàncies. L'AUC va mostrar excel·lents resultats (AUC >80). També es va trobar una bona validesa discriminativa (AUC > 90) entre l'abús i la dependència (alt risc) per l'alcohol, el cànnabis i els sedants. Per la resta de substàncies caldrà una mostra més gran i amb una potència més adequada per poder validar el poder discriminatiu per aquestes substàncies.

Els punts de tall òptims per risc moderats obtinguts en aquest estudi per totes les substàncies són comparables amb els estudis de validació de Zàmbia (Kane i col., 2016) i Suècia (Källmén i col., 2019). En relació als punts de tall òptims per alt risc en el nostre estudi han estat superiors als recomanats per l'estudi original de validació (Humenuik i col., 2016) especialment per alcohol (9 vs 22,5) tabac (9 vs 10,5), amfetamines o derivats amfetamínics (7 vs 11) i sedants o pastilles per dormir sense prescripció (7 vs 13,5). Per cocaïna i inhalants (9 vs 2,5) ha resultat molt més baix que en l'estudi original de validació. Això és degut a les característiques sociodemogràfiques dels menors i joves que presenten un elevat consum d'aquestes substàncies molt superiors als de les mostres d'altres estudis de validació.

Entre les avantatges de l'ASSIST Young podem destacar el menor temps d'aplicació que amb l'entrevista MINI-Plus i, especialment, que engloba totes

les substàncies diferenciant-les molt bé i amb un llenguatge entenedor i proper als joves.

Un altre avantatge és que malgrat haver-se traduït i adaptat de l'anglès al català, no ha presentat problemes metodològics preservant l'estructura unifactorial i mantenint adequats valors de consistència interna. Això es deu principalment a que en la construcció original s'ha mantingut un llenguatge neutre a nivell cultural que permet la seva validació en altres països i cultures.

I per últim, l'avantatge principal és que actualment no existeix en el nostre context cap eina de cribatge que avaluï de manera tan acurada el patró de consum establint diferències segons la substància consumida i la conducta.

## **7.2 Prevalences de consum**

És la primera vegada que s'aplica un instrument per realitzar un cribatge de consum de totes les substàncies en aquesta població. S'han pogut avaluar els diferents nivells de consum i el policonsum existent en aquesta població. Si comparem el consum en menors i joves de la mateixa edat podem veure com els menors privats de llibertat tenen un patró de consum entre 9 i 10 vegades més elevat que el seu mateix grup d'edat (ESTUDES, 2021). D'aquesta forma els menors i joves consumeixen a diari tabac (85,5% vs 9%) i cànnabis (73,3% vs 3%). El consum de risc de cànnabis mesurat amb el CAST (>4 ) en la nostra població és del 93% mentre que en la població general de la mateixa edat és del 17,8%. A més a més la nostra població consumeix a diari 18,8% pastilles per dormir o hipnosedants sense prescripció mèdica, 11,9% alcohol, 11% derivats amfetamínics, 10% altres substàncies i 9% cocaïna. No existeixen dades de prevalença de consum a diari d'aquestes últimes substàncies donat el seu baix consum en població general de 14 a 18 anys (ESTUDES, 2021).

Si comparem la prevalença de consum moderat i alt amb l'estudi que es va realitzar l'any 2010 amb població dels centres de Justícia Juvenil i els menors i joves mitjançant l'eina SAVRY (Blanch Serentil i col., 2017) podem veure com les nostres dades són més elevades. Per exemple, només en consum d'alt risc de cànnabis la nostra població presenta un 78% i en l'estudi del 2010 el percentatge acumulatiu per a totes les substàncies era del 84,1%.

### **7.3 Variables sociodemogràfiques i consum de substàncies tòxiques**

Segons les dades analitzades de la mostra podem dir que les principals característiques del jove que ingressa al CE Can Llupià són: té 16 anys, és originari del Magreb; els pares estan separats o divorciats, migra sense referents familiars; inicia el consum prèviament a la migració; té un diagnòstic previ de TUS; no és reincident; no ingressa sota els efectes del consum però ha comès delictes sota els efectes del consum i el delictes motiu d'ingrés és robatori amb violència.

En relació amb els factors familiars, les dades de la mostra no correlacionen el consum problemàtic i els antecedents familiars de consum de substàncies com s'ha evidenciat en altres estudis (Uceda-Maza i col., 2016). Això pot ser degut a que la grandària de la mostra no sigui suficient per obtenir prou pes predictor.

En canvi, si que s'ha objectivat correlació entre els joves que viuen en entorns marginals o sense família amb consum alt i moderat. Aquestes dades coincideixen amb el recent estudi de Yurrebaso i col., (2022) trobant resultats significatius en els factors de risc: carències prosocials, barri amb problemes socials i tendència a un entorn familiar conflictiu.

Les dades també mostren la relació entre reincidència i major incidència en el consum de tòxics, sobretot en consum de sedants i/o pastilles per dormir sense recepta mèdica. Així les dades del nostre estudi mantenen que el consum de substàncies tòxiques és un factor amb alta capacitat predictiva de la conducta delictiva, tal i com indica la literatura científica (Loinaz i col., 2020; Monteiro, 2018; Blanch Serentil i col., 2017; Uceda-Maza i col., 2016; Jiménez-Martos i Rosser Liminañol, 2013; López i Rodríguez-Arias, 2012; Hoeve i col., 2010, Pagini i col., 2009 i Capdevila i col., 2005).

En el cas de la violència filo-parental es va associar amb puntuacions mitjanes significativament més altes en el consum de cànnabis. Malgrat el nombre baix de joves (n=15) de la nostra mostra, aquesta dada ha resultat molt significativa. En aquest sentit coincidint amb Loinaz i col., (2020) i Pagini (2009) aquest

factor és molt rellevant com a predictiu del risc individual en relació a la violència filio-parental.

Una altra dada rellevant és que el 36,6% dels menors i joves tenen un diagnòstic previ, abans de l'ingrés al centre, de Trastorn per ús de substàncies però cap d'ells estava fent seguiment ni tractament. Una altra dada significativa és el nombre baix de menors i joves amb diagnòstics previs de salut mental, això es deu a que molts d'ells mai s'han pogut vincular a un recurs de salut mental infanto-juvenil a nivell comunitari. La nostra mostra presenta percentatges similars de trastorn mental, especialment TDAH i Trastorn conductual, que l'estudi realitzat a E.E.U.U en menors i joves procedents de centres de Justícia Juvenil (Thomas i Penn, 2002).

Com a conclusió podem afirmar que els menors i joves de la nostra mostra presenten una major càrrega de factors de risc individual, social i familiar que els fa especialment vulnerables al consum de substàncies i a patir a curt i mitjà termini problemes associats al mateix.

## 8. Limitacions i propostes de futur

En aquest apartat apuntem de manera breu aquelles limitacions i propostes futures que poden tenir alguna influència en els resultats d'aquesta recerca. No obstant això, durant el transcurs d'aquest estudi hem anat presentat els motius que justifiquen els diferents passos que han anat configurant tota l'activitat investigadora.

El present estudi té varies limitacions, sent la més rellevant el grandària mostral i la resultant petita representació de determinades substàncies com han estat els inhalants, els opiacis o els al·lucinògens que han impossibilitat el càlcul de la sensibilitat i especificitat per aquestes substàncies.

També s'ha de tenir en compte que l'accés a la mostra ha estat únicament en un dels 7 centres educatius de Catalunya i per tant, la generalització dels resultats és modesta.

La principal dificultat que ens hem trobat durant la recollida de la mostra ha estat obtenir un nombre significatiu d'adolescents compresos entre els 14 i 15 anys. La baixa ràtio d'ingressos ha impedit validar l'ASSIST-Y en aquesta franja d'edat. Per tant seria de gran rellevància si en les futures investigacions relacionades amb aquest instrument es pogués validar en aquesta població accedint a la mostra de menors infractors inimputables.

La següent dificultat per la recollida de la mostra ha estat el context, donat que el centre d'internament Can Llupià presenta unes particularitats concretes que han comportat un 30% de pèrdua de pèrdua de mostra. Concretament, el fet que alguns ingressos al centre siguin de curta durada ha impossibilitat l'administració de les proves. En aquest sentit, poder administrar la prova en centres on la previsió d'internament sigui més llarga (mesures judicials fermes) podria oferir un volum de mostra més elevat.

Per altra banda, només s'han obtingut puntuacions en una mostra masculina, ja que la totalitat dels joves que ingressen en el Centre objecte d'estudi són de gènere masculí. Així doncs, seria interessant poder ampliar l'aplicació a un altre centre on es troben ingressades joves entre els 14 i els 18 anys complint una mesura educativa en règim tancat, semiobert o obert. Aquesta proposta faria possible la comparativa de puntuacions entre els dos gèneres.

Un altre punt a comentar seria poder fer una comparativa no només pel que respecte al gènere, sinó ampliar la mostra a tots aquells adolescents que tenen obert un expedient en la jurisdicció de Justícia Juvenil per tal d'obtenir una corba de Gauss més homogènia i no esbiaixada cap a la dreta, és a dir, amb puntuacions tan elevades com la que hem obtingut en el present estudi.

En les guies clíniques es recomana com a bona pràctica el cribratge del consum de substàncies de manera primerenca especialment en la població jove que ha tingut problemes amb la justícia donat que presenten una gran varietat de factors de risc associats al consum de substàncies i, una major prevalença de trastorns mentals o patologia dual (Binard i Prichard, 2008; Lynch i col., 2016). Per això, l'eina ASSIST-Y pot contribuir a la millora de la pràctica d'intervenció en població juvenil atesa a Justícia Juvenil.

Un altre aspecte que és de gran importància és la necessitat d'articular un observatori que aglutini dades epidemiològiques relacionades amb el consum dels menors i joves privats de llibertat, donada la seva elevada prevalença, de forma que serveixi per a dissenyar programes d'intervenció adequats per prevenir, incidir i reduir el consum de substàncies i prevenir la reincidència. Per altra part, aquest programes han de contemplar la perspectiva intercultural donada l'elevada prevalença de menors i joves migrats que parteixen de realitats i d'oportunitats molts diverses.

Finalment, el cribratge de TUS amb instruments validats en població jove, especialment la població atesa per Justícia Juvenil, ens pot oferir la oportunitat d'identificar les conductes de risc associades al consum de substàncies, establir un possible diagnòstic i oferir una intervenció motivacional per derivar a tractament especialitzat, millorant l'atenció i l'abordatge d'aquesta problemàtica des de la primera entrevista i administració de l'eina de cribratge. L'eina ASSIST Young està dissenyada i validada per oferir aquesta intervenció i per tant, com a proposta d'una línia futura de treball, seria convenient adaptar els materials de sensibilització i estructurar la intervenció motivacional dissenyant una guia que orienti als professionals no experts en addiccions, de l'àmbit de la Justícia Juvenil, a intervenir de manera primerenca en aquesta població.

## 9. Referències bibliogràfiques

American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (2003). *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*. Washinton, D.C. American Psychological Association.

American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washinton, D.C. American Psychological Association.

American Psychological Association, American Educational Research Association, & National Council on Measurement in Education. (1954). *Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques*. *Psychological bulletin*, 51 (2), 1-38.

Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J., & Rial, A. (2018). Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Adicciones*, 30 (2), 130-139.

Àrea de Planificació i projectes Estratègics de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima, SMPRAV, 2020.

Arroyo Fernández, A., Leal Bazán, M., & Marrón Moya, T. (2012). Valoració de l'impacte i repercussió de les drogues de disseny en el medi judicial. Aspectes forenses en els àmbits civil i penal.

Assamblea de les Nacions Unides (1989). *Convenció sobre els Drets dels Infants: Declaració adoptada i proclamada per la Resolució de l'Assemblea General de 20 de novembre de 1989*. Nova York: Nacions Unides

Åslund, O., Edin, P.A., Fredriksson, P., & Grönqvist, H. (2011) Peers, Neighborhoods, and Immigrant Student Achievement: Evidence from a Placement Policy. *American Economic Journal: Applied Economics*, 3, 67–95.



Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. *Médica Panamericana*.

Babor, T. F. (2002). Is There a Need for an International Screening Test? Drug problems: Cross-cultural policy and program development, 165.

Bañuls-Oncina, E., Clua-García, R., Imbernón Casas, M., & Jiménez-Vinaja, R. (2019). Uso de drogas, prácticas de riesgo y factores asociados en la población penitenciaria en Cataluña: un estudio transversal. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(2), 80-87.

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.

Bennett, G. (1992). Motivational Interviewing-Preparing People to Change Addictive Behavior-Miller, Wr, Rollnick, S.

Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of substance use*, 10 (6), 385-395.

Binard, J., & Prichard, M. (2008). Model policies for juvenile justice and substance abuse treatment: A report by Reclaiming Futures. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation .

Blanch Serentil, M., Capdevila Capdevila, M., Ferrer Puig, M., Framis Ferrer, B., Ruiz Cabello, U., i col. (2017). La reincidència en la Justícia de menors. Àrea d'Investigació i Formació Social i Criminològica. Barcelona. Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada. Generalitat de Catalunya.

Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on alcohol*, 56 (4), 423-432.

Borjas, G. J. (1998). To ghetto or not to ghetto: Ethnicity and residential segregation. *Journal of Urban Economics*, 44 (2), 228-253.

Brundtland, G. H. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, (14), 12.

Capdevila Capdevila, M., Ferrer Puig, M., & Luque Reina, M. E. (2005). La reincidència en el delictes en la justícia de menors. Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada. Generalitat de Catalunya.

Carrasco Gimenez, T. J., Adame, M. L., & Castellar, J. V. (1994). Validez del «Fagerström Tolerance Questionnaire» como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. *Revista española de drogodependencias*, 19(1), 3-14.

Catchpole, R. E., & Gretton, H. M. (2003). The predictive validity of risk assessment with violent young offenders: A 1-year examination of criminal outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30(6), 688-708.

Circular 1/2008, sobre disposicions comunes de funcionament de Centres Educatius de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i Justícia Juvenil.

Claramunt, J (2020). Dades obtingudes de l'Equip de salut Mental i Addiccions (ESMIA). Fundació Sant Joan de Déu.

Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., & Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347 .

Contreras Martínez, L., Molina Banqueri, M., & Cano Lozano, M. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31-38.

Cote-Menendez, M., Uribe-Isaza, M. M., & Prieto-Suárez, E. (2013). Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 220-232

Coulton, S., Stockdale, K., Marchand, C., Hendrie, N., Billings, J., Boniface, S., ... & Wilson, E. (2017). Pragmatic randomised controlled trial to evaluate the

effectiveness and cost effectiveness of a multi-component intervention to reduce substance use and risk-taking behaviour in adolescents involved in the criminal justice system: A trial protocol (RISKIT-CJS). *BMC public health*, 17(1), 1-10.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Crum, R. M., Lillie-Blanton, M., & Anthony, J. C. (1996). Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and alcohol dependence*, 43 (3), 155-161.

Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37 (6), 709-715.

Cummins, L. H., Chan, K. K., Burns, K. M., Blume, A. W., Larimer, M., & Marlatt, G. A. (2003). Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 727-732.

Dades obtingudes de la SMPRAV (2020). Àrea de Planificació i Projectes Estratègics, de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima. Departament de Justícia.

D'Amico, E. J., Parast, L., Meredith, L. S., Ewing, B. A., Shadel, W. G., & Stein, B. D. (2016). Screening in primary care: what is the best way to identify at-risk youth for substance use? *Pediatrics*, 138 (6).

Danielsson, A. K., Wennberg, P., Hibell, B., & Romelsjö, A. (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply?. *Addiction*, 107(1), 71-80.

Declaració de Singapur, en el marc de la II Conferència mundial sobre integritat en la investigació, 2012.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382 (9904), 1564-1574.

Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania & Vila, P. P. (2020). Observatori dels drets de la infància. En Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Recuperat de [https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicos/infancia\\_i\\_adolescencia/observatori\\_drets\\_infancia](https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/observatori_drets_infancia)

Departament de Salut (2012). Enquesta de salut de Catalunya-2010.

Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & van der Ven, E. (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.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.

Feeney, K.E. & Kampman, K.M. (2016) Adverse effects of marijuana use. *Linacre*, 83(2):174-178.

Gage, S. H., Hickman, M., & Zammit, S. (2016). Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biological psychiatry*, 79(7), 549-556.

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), 194-204.

Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.

Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, *123*(6), 1477-1484.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., ... & Simon, S. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, *103*(6), 1039-1047.

Humeniuk, R., Holmwood, C., & Kambala, A. (2011, November). Developing the who alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) for young people (ASSIST-Y). In *Drug and Alcohol Review* *30* (42-42)

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L. O., de Lacerda, R. B., Ling, W., ... & Vendetti, J. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*, *107*(5), 957-966.

Humeniuk, R., Holmwood, C., Beshara, M., & Kambala, A. (2016). ASSIST-Y V1. 0: First-Stage Development of the WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and linked brief intervention for young people. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *25*(4), 384-390 .

Jiménez Martos, R., & Rosser Limiñana, A. (2013). Delincuencia juvenil y consumo de drogas: factores influyentes.

Källmén, H., Berman, A. H., Jayaram-Lindström, N., Hammarberg, A., & Elgán, T. H. (2019). Psychometric properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and ASSIST-Y among Swedish adolescents. *European addiction research*, *25*(2), 68-77.

Kane, J. C., Murray, L. K., Bass, J. K., Johnson, R. M., & Bolton, P. (2016). Validation of a substance and alcohol use assessment instrument among orphans and vulnerable children in Zambia using Audio Computer Assisted Self-Interviewing (ACASI). *Drug and alcohol dependence*, *166*, 85-92.

- Kelly, J., Davis, C., & Schlesinger, C. (2015). Substance use by same sex attracted young people: Prevalence, perceptions and homophobia. *Drug and Alcohol Review, 34*(4), 358-365.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M., & Ramirez, V. (2009). Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: Validación de escalas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J., & Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 153* (6), 591-596.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives on Pediatric and Adolescent Medicine, 156*(6), 607-61.
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 25-33.
- Latessa, E.J., Cullen, F.T. & Gendreau, P. (2002) Beyond Correctional Quackery. Professionalism and the Possibility of Effective Treatment. *Federal Probation, 66* (2):43-49.
- Loinaz, I., Barboni, L., & de Sousa, A. M. (2020). Gender differences in child to parent violence risk factors. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 36*(3), 408-417.
- López-Lazcano, A. I., López-Pelayo, H., Balcells-Oliveró, M., & Segura, L. (2021). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in acute psychiatric inpatients. *Adicciones, 14*96-1496.
- López, S., & Rodríguez-Arias, J. (2012). Risk and protective factors for drug use and antisocial behavior in Spanish adolescents and young people. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 25-33.

Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, de Responsabilitat Penal dels Menors.

Llei orgànica 3/2018, de 5 de novembre, de Protecció de Dades Personals i garantia de drets digitals.

Llei orgànica 7/2021, de 26 de maig, de protecció de dades personals tractades per a fins de prevenció, detecció, investigació i execució d'infraccions penals i d'execució de sancions penals.

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

Llei 25/2020, de 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família.

Llei 27/2001, de 31 de desembre, de Justícia Juvenil.

Martínez Arias, R. (2005) *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid. España: Síntesis Psicología.

McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S., & Wasserman, G. A. (2010). The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 37(2), 204-216 .

Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerham, M. S., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. S. (2001). Substance Dependence Severity Scale: Reliability and validity for ICD-10 substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26(4), 603-612.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. ESDIP 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (1994-2021) Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España. ESTUDES, 2021

Mitchell, S. G., Kelly, S. M., Gryczynski, J., Myers, C. P., O'Grady, K. E., Kirk, A. S., & Schwartz, R. P. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. *Substance abuse*, 35(4), 376-380.

Monteiro, M. F. (2018). Capacidad predictiva de los factores de riesgo en la reincidencia delictiva de menores infractores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 18(1), 60-74.

Mustonen, A., Niemelä, S., Nordström, T., Murray, G. K., Mäki, P., Jääskeläinen, E., & Miettunen, J. (2018). Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 227-233.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). Informe mundial sobre las drogas 2012.

Ordre JUS/68/2007, de 20 de març, de creació del Centre Educatiu Can Llupià al terme municipal de Barcelona.

Pagani, L. S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F., & McDuff, P. (2004). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International journal of behavioral development*, 28(6), 528-537.

Pagani, L., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F., & McDuff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence*, 24(3), 173-182.

Peltzer, K., Simbayi, L., Kalichman, S., Jooste, S., Cloete, A., & Mbelle, N. (2007). Alcohol use in three different inner cities in South Africa: AUDIT-C and CAGE. *Journal of Psychology in Africa*, 17(1-2), 99-104.



Reglament (UE) 2016/679 Reglament General de Protecció de Dades Personals.

Regles de les Nacions Unides per a la protecció de menors privats de llibertat (Regles de l'Havana, 1990)

Reial decret 1774/2004, de 30 de juliol, pel que s'aprova el reglament de la Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, de responsabilitat penal dels menors.

Reial Decret de 24 de juliol de 1889, pel que es publica el Codi Civil.

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., ... & Golpe, S. (2018). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160-169.

Rosa, C., Ghitza, U., & Tai, B. (2012). Selection and utilization of assessment instruments in substance abuse treatment trials: the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network experience. *Substance abuse and rehabilitation*, 3, 81.

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.

Shield, K. D., Jones, W., Rehm, J., & Fischer, B. (2013). Use and nonmedical use of prescription opioid analgesics in the general population of Canada and correlations with dispensing levels in 2009. *Pain Research and Management*, 18(2), 69-74.

Siñol, M. R., Ramirez, M. C., del Prado Sánchez, N., Mendoza, J. C., & Mas, J. M. (2018). Delicte i patologia mental. Estudi de reincidència dels joves amb trastorn mental atesos al sistema de Justícia Juvenil de Catalunya. *Invesbreu Criminologia*, (77), 6-9.

Skogen, J. C., Bøe, T., Knudsen, A. K., & Hysing, M. (2013). Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian

adolescents. Ung@ hordaland, a population-based study. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2500-2505.

Subramaniam, M., Cheok, C., Verma, S., Wong, J., & Chong, S. A. (2010). Validity of a brief screening instrument—CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1102-1104.

Taxman, F. S., Young, D. W., Wiersema, B., Rhodes, A., & Mitchell, S. (2007). The national criminal justice treatment practices survey: Multilevel survey methods and procedures. *Journal of substance abuse treatment*, 32(3), 225-238.

Thomas, C. R., & Penn, J. V. (2002). Juvenile justice mental health services. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11(4), 731-748.

Thomas, E. G., Spittal, M. J., Taxman, F. S., & Kinner, S. A. (2015). Health-related factors predict return to custody in a large cohort of ex-prisoners: New approaches to predicting re-incarceration. *Health & Justice*, 3(1), 1-13.

Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.

Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J., & Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de estudios sociales*, (58), 63-75.

Valenzuela, E. i Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. *Estudios Públicos*, 119, 33-22

Valladolid, G. R., Raga, J. M., Gras, I. M., Alfaro, G. P., de la Cruz Bértolo, J., Barba, R. J., ... & Montejo, J. Z. (2014). Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185.

Vélez-Moreno, A., Gonzalez-Saiz, F., Fernández-Calderón, F., Rojas, A. J., & Lozano, Ó. M. (2013). Spanish adaptation of the Substance Dependence Severity Scale: preliminar results. *Adicciones*, 25(4), 339-347.

Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227.

Walters, G. D. (2014). *Drugs, crime, and their relationships: Theory, research, practice, and policy*. Jones & Bartlett Publishers.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 382, 9904.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.

Yurrebaso, A., Valverde, E. M. P., & Baz, B. O. (2022). Estudio de los factores de riesgo en menores infractores para el diseño de intervención social. *IDP: revista de Internet, derecho y política= revista d'Internet, dret i política*, (35), 4.

Ybrandt, H. (2010). Risky alcohol use, peer and family relationships and legal involvement in adolescents with antisocial problems. *Journal of drug education*, 40(3), 245-264.

## 10. Annexos

### 10.1 Annex 1. ASSIST-Y per joves de 15 a 17 anys

#### ASSIST-Y (PER A JOVES DE 15 A 17 ANYS)

NOM DEL PROFESSIONAL

CENTRE

IDENTIFICACIÓ

DATA

O NOM DE L'USUARI/ÀRIA

**INTRODUCCIÓ (Si us plau, llegiu aquesta introducció a l'usuari. Podeu adaptar-la a les circumstàncies locals.)**

Et faré algunes preguntes sobre la teva experiència en el consum d'alcohol, tabac i altres drogues al llarg de la teva vida i en els últims tres mesos. Aquestes substàncies es poden consumir de diferents maneres; per exemple, es poden fumar, empassar, esnifar, inhalar o col·locar sota la llengua.

És important que intentis respondre a totes les preguntes de la manera més sincera i precisa possible. La informació que donis es tractarà de manera estrictament confidencial/privada, però hauré d'informar els teus pares o tutors si el teu consum de substàncies et posa "en risc" d'alguna manera o si queda amenaçada la teva seguretat immediata. Si considero que seria útil que els teus pares o tutors coneguessin aquesta informació, t'ho comentaré primer a tu. Quan et faci les preguntes, si us plau fes-me saber si vols que te'n repeteixi alguna o si hi ha res que no entens.

**Nota:** hi pot haver situacions en què l'usuari prengui alguna substància amb finalitats mèdiques (per ex., medicaments per al dolor, gestió del TDAH). No registreu els medicaments si l'usuari els fa servir tal com els hi ha receptat el metge (per ex., la dosi, la via i la freqüència correctes). Eviteu donar massa detalls sobre els noms o els tipus de substàncies específiques. Referiu-vos a grups amplis de substàncies tret que l'usuari indiqui que les consumeix.

**Pregunta 1 (Si us plau, encercleu una resposta per a cada substància.)**

<b>Al llarg de la teva vida, quina de les substàncies següents has provat alguna vegada? (REPASSEU TOTA LA LLISTA, és a dir, tabac, alcohol, etc.) (SENSE PRESCRIPCIÓ MÈDICA)</b>		
a. Productes de tabac (cigarrets)	No	Sí
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	No	Sí
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	No	Sí
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	No	Sí
e. Estimulants tipus amfetamina ( <i>speed</i> , metamfetamines, èxtasi, <i>ice</i> , etc.)	No	Sí
f. Inhalants (nitrats, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	No	Sí
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	No	Sí
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripsis, ketamina, etc.)	No	Sí
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	No	Sí
j. Altres: indiqueu-les	No	Sí

En cas que totes les respostes siguin negatives, insistiu una mica:

“Entenc que algunes d’aquestes preguntes poden ser una mica difícils o incòmodes de respondre, però és important que siguis sincer perquè et puguem ajudar amb qualsevol problema que tinguis.”

Si la resposta continua sent “no” en tots els punts, deixeu de fer l’entrevista.  
 Recordeu-li a l’usuari que sempre que vulgui pot tornar a parlar del seu consum de substàncies o de qualsevol altre problema que tingui en un altre moment.

Si ha respost que sí a algun d’aquests punts, feu-li la pregunta 2 per a cada substància que hagi consumit.

## ASSIST-Y (PER A JOVES DE 15 A 17 ANYS)

**Nota: a les preguntes de 2 a 6, és possible que hàgiu de determinar la freqüència de consum pertinent segons la resposta de l’usuari.**

**Pregunta 2 (Si us plau, encerceleu una resposta per a cada substància.)**

En els últims tres mesos, amb quina freqüència has consumit les substàncies que has esmentat a la primera pregunta (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.)?	Mai	Una o dues vegades	Un cop al mes	Un cop a la setmana	Cada dia o gairebé cada dia
a. Productes de tabac (cigarrets)	0	2	3	4	6
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licor, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulants tipus <u>amfetamina</u> (speed, metamfetamina, èxtasi, ice, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalants (nitrits, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	0	2	3	4	6
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripic, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	0	2	3	4	6
j. Altres: indiqueu-les	0	2	3	4	6

Si ha respost “mai” a tots els punts de la pregunta 2, passeu a la pregunta 6.

Si ha consumit alguna de les substàncies de la pregunta 2 en els últims tres mesos, continueu amb les preguntes 3, 4 i 5 per a cada substància consumida.

**Pregunta 3 (Si us plau, encercleu una resposta per a cada substància.)**

Has consumit (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, TERCERA DROGA, ETC.) quan has estat lluny de les teves situacions socials habituals o dels teus amics (per exemple, quan estàs sol/a)? Si la resposta és que sí, amb quina freqüència ha passat això en els darrers tres mesos per a la (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.)?	Mai	Una o dues vegades	Un cop al mes	Un cop a la setmana	Cada dia o gairebé cada dia
a. Productes de tabac (cigarrets)	0	3	4	5	6
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licor, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulants tipus <u>amfetamina</u> (speed, metamfetamines, èxtasi, ice, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalants (nitrits, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	0	3	4	5	6
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	0	3	4	5	6
j. Altres: indiqueu-les	0	3	4	5	6

**Aclariment sobre les "situacions socials": circumstàncies en què, per exemple, s'assisteix a una festa o a un esdeveniment on hi ha altres persones que consumeixen.  
Si la resposta és "no", passeu a la pregunta 4.**

**Pregunta 4 (Si us plau, encercleu una resposta per a cada substància.)**

El consum de (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.) t'ha generat problemes de salut, relacions, finances, a l'escola o amb la policia? Si la resposta és "sí", amb quina freqüència ha passat això en els darrers tres mesos per a la (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.)?	Mai	Una o dues vegades	Un cop al mes	Un cop a la setmana	Cada dia o gairebé cada dia
a. Productes de tabac (cigarrets)	0	4	5	6	7
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licor, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulants tipus <u>amfetamina</u> (speed, metamfetamines, èxtasi, ice, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalants (nitrits, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	0	4	5	6	7
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	0	4	5	6	7
j. Altres: indiqueu-les	0	4	5	6	7

## ASSIST-Y (PER A JOVES DE 15 A 17 ANYS)

Pregunta 5 (Si us plau, encercleu una resposta per a cada substància.)

El consum de (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA) ha afectat les teves activitats habituals (per exemple, assistència escolar, participació en activitats recreatives o esportives, realització de tasques, expectatives familiars, esdeveniments familiars, fer els deures, etc.)?  Si la resposta és que sí, amb quina freqüència ha passat això en els darrers tres mesos per a la (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.)?	Mai	Una o dues vegades	Un cop al mes	Un cop a la setmana	Cada dia o gairebé cada dia
a. Productes de tabac (cigarrets)					
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulants tipus <u>amfetamins</u> (speed, metamfetamines, èxtasi, ice, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalants (nitrits, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	0	5	6	7	8
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	0	5	6	7	8
j. Altres: indiqueu-les	0	5	6	7	8

**Feu la pregunta 6 per a totes les substàncies que l'usuari ha consumit alguna vegada (és a dir, les que ha indicat a la pregunta 1).**

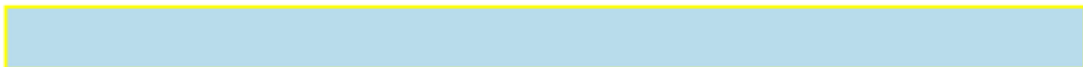
**Pregunta 6 (Si us plau, encercleu una resposta per a cada substància.)**

Algún amic, familiar o qualsevol altra persona t'ha comentat mai que està preocupada (o inquieta) perquè consumeixes (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.)? Si la resposta és que SÍ, has consumit (PRIMERA DROGA, SEGONA DROGA, ETC.) en els últims tres mesos o abans?	No, mai	Sí, en els últims tres mesos	Sí, però no en els últims tres mesos
a. Productes de tabac (cigarrets)	0	6	3
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)	0	6	3
c. Cànnabis (marihuana, herba, haixix, etc.)	0	6	3
d. Cocaïna (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulants tipus <u>amfetamina</u> (speed, metamfetamines, èxtasi, ice, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitrits, cola, gasolina, dissolvent, etc.)	0	6	3
g. Sedants / pastilles per dormir (Valium, Temazepam, Stilnox, etc.)	0	6	3
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opioides (heroïna, morfina, codeïna, etc.)	0	6	3
j. Altres: indiqueu-les	0	6	3

**Pregunta 7 (Encerleu l'asterisc que correspongui.)**

	No, mai	Sí, en els últims tres mesos	Sí, però no en els últims tres mesos
T'has injectat mai cap droga? (SENSE PRESCRIPCIÓ MÈDICA)	*	*	*

Els usuaris que informen que han consumit drogues per via intravenosa es classifiquen automàticament com a persones d'"alt risc" i requereixen una intervenció breu i la derivació a una valoració i un tractament especialitzats.





## 10.2 Annex 2. ASSIST-Y for young people-Aged 15-17 years



# ASSIST-Y FOR YOUNG PEOPLE

Aged 15-17 Years

[adelaide.edu.au](http://adelaide.edu.au)



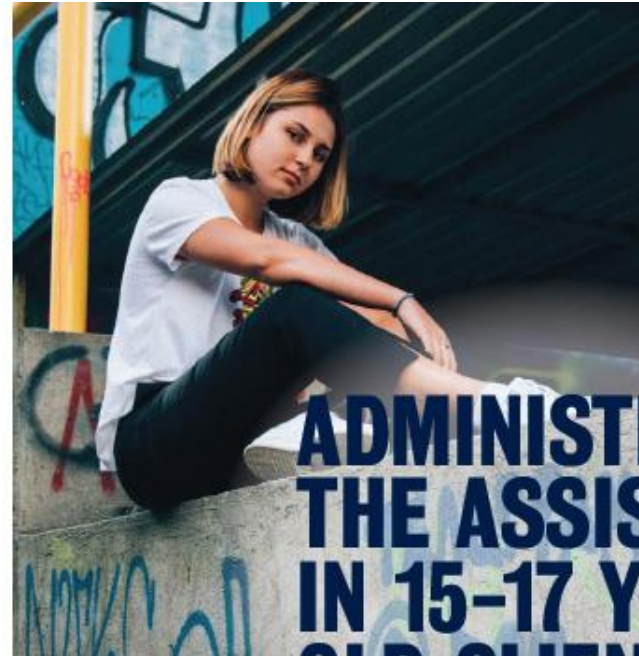
# CONTENTS

<b>02</b>	Introduction: Brief summary of the ASSIST-Y
<b>03</b>	Administering the ASSIST-Y to 15-17 year old clients
<b>03</b>	Modifications to the ASSIST V3.1
<b>03</b>	Similarities
<b>03</b>	Differences
<b>04</b>	Guidelines around disclosure and duty of care to young people
<b>04</b>	Scoring
<b>06</b>	Models of psychoactive substance use and behaviour change
<b>10</b>	Using Motivational Interviewing in an ASSIST Linked Brief Intervention
<b>14</b>	Intervening with young people using substances
<b>14</b>	Management of young people in the 'Moderate' risk range
<b>16</b>	Management of young people in the 'High' risk range

# INTRODUCTION: BRIEF SUMMARY OF THE ASSIST-Y

The ASSIST-Y is a variation of the adult Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST V3.1), and is intended for use with young people aged 10-14 years and 15-17 years.

A review of the research literature suggests that the adolescent substance use screening measures that are currently available have a number of limitations. Specifically, measures tend to either focus on the use of one substance (eg. alcohol or cannabis), or simply quantify adolescents' substance use in terms of frequency and amount consumed. Furthermore, screening measures validated for use with young people aged 12 years and under are virtually non-existent. Moreover, few screening measures link clients' scores to a brief intervention or provide guidance as to how health workers should respond to a positive screen. The research literature cites this as a key barrier to the routine screening of young people for problematic or harmful substance use. The ASSIST-Y aims to address some of these limitations. By assessing patterns of consumption along with the severity of associated harms, the Primary Health Care clinician can deliver an age appropriate targeted brief intervention for any substance use of concern.



# ADMINISTERING THE ASSIST-Y IN 15-17 YEAR OLD CLIENTS



## Modifications to the ASSIST V3.1

### Similarities

Prior experience and familiarity with administering and scoring the adult ASSIST and linked brief intervention will be helpful in informing your use of the ASSIST-Y. The formatting of both the ASSIST-Y Questionnaire and Feedback Report Card are similar to that of the adult ASSIST V3.1. In addition, the questions asked have similarities but are tailored for young people. The method for scoring remains unchanged.

- Please refer to the World Health Organization guide The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care for more detail on the administration and scoring of the ASSIST. It is essential that this manual is read and understood before embarking on use of the ASSIST-Y.

### Differences

A number of modifications have been made to the ASSIST-Y to increase its developmental appropriateness and the relevance of questions and feedback for use with younger people.

- There are two age-bands with a different Questionnaire and Feedback Report Card for each (ie. 10-14 years and 15-17 years). This reflects the fact that the same pattern and/or frequency of substance use across the different age groups places young people at varying risk levels depending on their developmental stage.
- The 'low-risk' category has been eliminated (with an exception for low use alcohol), given young people's increased vulnerability to the negative effects of substance use. In addition, the cut-off scores are more conservative compared to the adult ASSIST. This reflects young people's increased risk of associated negative consequences and developing dependence in the future.

- **Question 3 has been re-worded** to assess context and/or reasons for use rather than screen for the direct experience of craving. Cravings are indicative of dependence and may be less relevant to young users. Specifically, question 3 aims to determine if a young person has progressed from using substances for their positive reinforcing effects- such as for recreation and social integration - to using substances for their negative reinforcing effects (eg. to dampen memory or produce a sleepy state, in order to avoid unpleasant emotions or situations).
- **Question 7** which asks about failed attempts to control, cut-down or stop use **has been removed**. Again this question, which is a reflection of a loss of control and dependence, was thought to have less relevance to younger users, who are less likely to have a long-term history of use and hence are less likely to be dependent and have experienced failed attempts. In addition, question 7 is conceptually more complex than the other questions, which may provide some difficulty for young people.
- Overall, the language has been simplified, and additional prompts have been included. In addition, questions 3 to 6 on the clinical form have been separated into two parts, to maximise clarity and understanding.
- Changes have also been made to the ASSIST Feedback Report cards to increase both clarity and relevance. The risks associated with each substance have been classified as 'short-term' versus 'longer-term' to help facilitate discussion. There is also more emphasis on the immediate risks associated with substance use and on those issues identified as most relevant or salient to young people.

#### **Guidelines around disclosure and duty of care in young people**

When working with young people, issues surrounding personal safety, disclosure and duty of care become particularly relevant. Prior to administering the ASSIST-Y, it is essential that the young person is made aware of the limits to confidentiality. Young people should be provided with specific examples regarding the circumstances under which confidentiality may be broken.

This is important for ethical reasons and will increase the chances of maintaining rapport with the young person if disclosure to parents and/or others is required. The prefacing paragraph on the ASSIST-Y Questionnaire (ie. clinical forms) addresses confidentiality issues specific around 15-17 year olds and can be read to the young person. Issues related to disclosure and duty of care also are relevant when administering the intervention.

Young persons aged 15-17 years old may be deemed "competent minors" and should be treated as such with respect to their judgment and maturity. Consequently, the decision to involve parents/family is ultimately at the discretion of the health worker. The decision should be made following careful consideration of the potential costs and benefits of involving family.

It would be preferable, with the agreement of the young person, to contact family in these circumstances. In some cases, involvement of parents/others may escalate the situation, and increase the likelihood of harm. However, if the immediate safety of the young person and/or others is threatened, the parents/guardians should be promptly informed.

#### **Scoring**

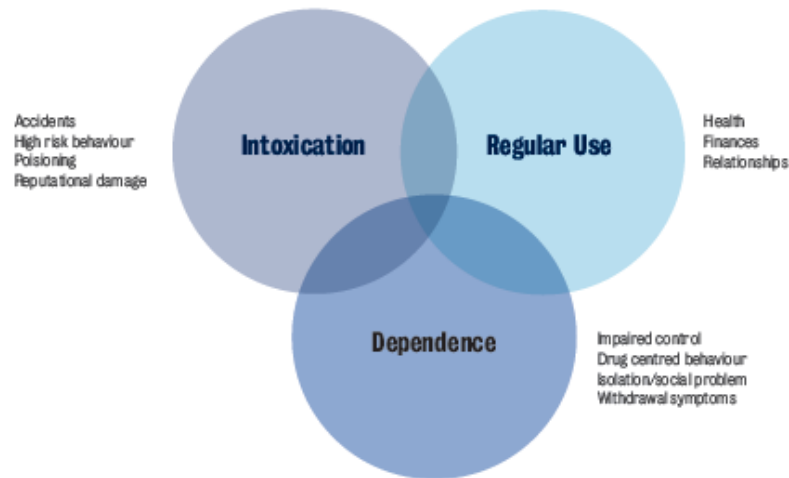
As previously stated, the scoring method for the ASSIST-Y is similar to that of the adult ASSIST. The score corresponding to frequency (eg. 'never' to 'daily or almost daily') for each question corresponds to the approach on the adult ASSIST. As with the adult version, young people may require help determining the appropriate frequencies, and prompts are included on the ASSIST-Y Questionnaire as a reminder. As previously summarised, the main differences lie in the cut-off scores classifying use as 'Moderate' or 'High' risk. In addition, maximum total scores for each substance used will also differ given the removal of question 7.

**PRIOR TO ADMINISTERING THE ASSIST-Y, IT IS ESSENTIAL THAT THE YOUNG PERSON IS MADE AWARE OF THE LIMITS TO CONFIDENTIALITY.**



# MODELS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE AND BEHAVIOUR CHANGE

## THORLEY'S MODEL



## Thorley's model

Models are useful ways to help us understand complex issues. But they should not be taken as definitive statements of "how things are" and we should certainly be avoiding the conclusion that this enables us to neatly place people and behaviours in definitive boxes. The first model we find useful relates to the patterns of drug use and related consequences. Originally developed by Anthony Thorley with a focus on alcohol, the model has resonance with other drugs.

There is no such thing as a single substance use problem – different patterns of use result in different risks and harms. A useful model was described by Thorley<sup>1</sup> who noted that specific problems can arise from three different kinds of drug use: problems related to intoxication; problems related to regular use; and, problems related to dependence.

Problems related to intoxication are the acute, or short-term effects of drugs. These include social and legal problems (e.g. violence; arguments; impaired school performance or accidents). It is important to note that even a single occasion of use can result in significant adverse consequences, depending on the amount and context and, of course, individual vulnerabilities.

Problems of regular use result from longer-term exposure, often involving health, economic or other consequences. Such problems can arise even if the person is not consuming quantities on a single occasion that result in intoxication.

Problems of dependence are rare in this age group. It occurs as the person begins to devote more time to substance use, develops tolerance and finds they have difficulty functioning without the drug. Indeed they might experience withdrawal symptoms if they do not have access to the drug. Dependence can exist on a continuum from mild to severe.

A person might have problems in one or more areas including across all three domains. Thorley suggests that different patterns of drug use can result in different risks, demanding different responses. We need to understand the individual's patterns of drug use to identify key risks and tailor an effective response.



## Zinberg's model

Zinberg<sup>2</sup> developed an 'interaction model' which includes key factors that interact to influence the experience of drug use and related problems. These are important considerations in responses. He initially described the three interacting areas of drug (substance), individual (set) and environment (setting) or context.

The **drug** refers to the pharmacological properties and effects of the substance, potency, purity, dosage and so on.

The **individual** refers to factors such as age, sex, and physical health and mental health.

The **environment** refers to the influence of the setting or context in which drug use, or drug-related behaviours, occur. This could include what the person is doing, the culture or legal context in which the drug use occurs.

Understanding the impact of each of these domains is important in understanding influences on the uptake of, maintenance of and responses to drugs and the experience of drug-related problems. No single factor alone can explain drug use or related problems – and it is likely that assessment and related responses will need to take into account factors in all three domains.

## Prochaska and DiClemente: the transtheoretical model of behaviour change

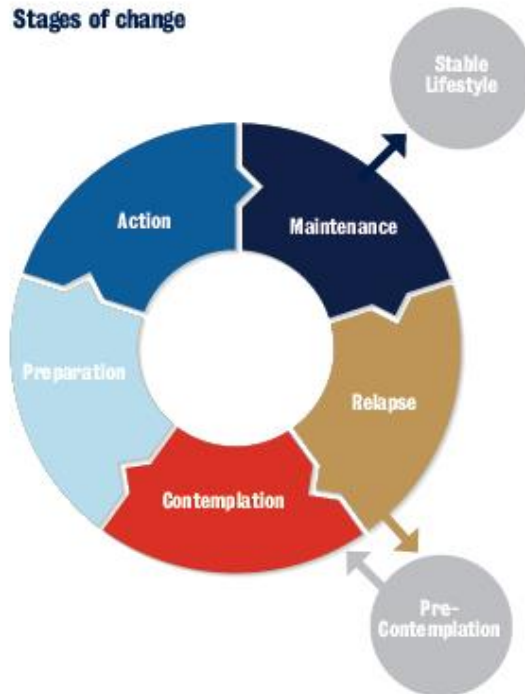
Prochaska and DiClemente developed the 'transtheoretical model of behaviour change'. This helps us understand the process by which people might change their behaviour and for considering how ready they might be to change their substance use or other lifestyle behaviours. The model proposes that people go through discrete 'stages of change' and that the processes by which people change seem to be the same with or without treatment.

<sup>1</sup> Thorley, A (1980) Medical responses to problem drinking. *Medicine*, 35, 1816-1822

<sup>2</sup> Zinberg, E (1984) *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press



## Stages of change



Movement from the stage of pre-contemplation to contemplation may not result in a tangible decrease in substance use; however, it is a step that may result in clients moving on to the action stage at some time in the future.

The aim of the ASSIST-linked Brief Intervention is to support people to move through one or more stages, commencing with movement from pre-contemplation to contemplation to preparation to action and maintenance. It is important to note that there is no set amount of time that a person will spend in each stage and that people often cycle back and forth between stages.

The following provides a brief description of the underlying behavioural and cognitive processes of each stage.

### Pre-contemplation

In this stage the person is not necessarily thinking about changing their substance use. Common characteristics of this stage include:

- Being focused on the positive aspects of their substance use;
- Unlikely to have any concerns about their use of psychoactive substances;
- Unlikely to know or accept that their substance use is risky or problematic; and,
- Unlikely to respond to direct advice to change their behaviour but may be receptive to information about the risks associated with their level and pattern of substance use.

### Contemplation

Young people in this stage have thought about cutting down or stopping substance use, but they are still using. Common characteristics of this stage include:

- Ambivalence — they may be able to see both the good things and the not so good things about their substance use;
- Having some awareness of problems and weighing up the advantages and disadvantages of their current substance use pattern; and,
- Interest in information about substance related risks, advice to cut down, or discuss options.

A proportion of young people in the contemplation stage may be willing to make a change but they may not know how to make a change and/or may not be confident that they are able to change. An effective brief intervention that provides personalised and appropriate feedback and information can help tip the balance for positive behaviour change.

### Preparation

Preparation follows contemplation and involves planning to take action in the near future and making the final preparations before behaviour change begins. Young people in this stage are committed to action, ready to change (although they may still have some level of ambivalence) and will usually have the following characteristics:

- Intending to take action;
- Possibly vocalising their intentions to others;
- Making small changes in their substance use behavior;
- Becoming more confident and ready to change their behaviour;
- Considering the options available to them.

### Action

Young people in the action stage:

- Have made the decision that their substance use needs to change;
- Have commenced cutting down or stopping;
- Are actively doing something about changing their behaviour;
- Have cut down or stopped completely;
- Are facing internal and external challenges to changing their behaviour;
- Are likely to continue to feel somewhat ambivalent about their substance use and to need encouragement, vigilance and support to maintain their decision.

### Maintenance

Long-term success means remaining in this stage. Young people in the maintenance stage are:

- Attempting to maintain the behaviour changes that have been made;
- Focusing attention on high risk situations and the strategies for managing these;
- Working to prevent relapse (the risk of relapse decreases with time and with success experiences in previously challenging circumstances); and/or
- More likely to maintain change if they received support and affirmation and if the quality of their life improves – in short if the effort is worth it.

### Relapse

A relapse is a return to the old behaviour (in part or in full) that was the focus of change. Most people who try to make changes in their substance use behaviour may slip back to or relapse to substance use, at least for a time. This should be explored as a learning process rather than failure. Few people successfully change and maintain change on the first attempt, and relapse is an opportunity to help young people review their action plan. For many people, changing their substance use gets easier each time they try – especially if there are plans and supports in place to reframe it as a learning experience rather than a ‘failure’ – until they are eventually successful.

While this is a model that can be used as a framework for interventions, others have critiqued the concept of the stages as discrete and stable entities<sup>3</sup>. It is relevant to note that DiClemente has emphasised the importance of not labelling or simply categorising people as “pre-contemplators” and so on. The intention here is to suggest you consider this as a framework for the process of change, related challenges and tasks and to emphasise the importance of not rushing in telling the young person how to change but also help them consider why it’s important to change.

<sup>3</sup>West, R (2006) The transtheoretical model of behaviour change and the scientific method. *Addiction*, 101, 768-778.

# USING MOTIVATIONAL INTERVIEWING IN AN ASSIST LINKED BRIEF INTERVENTION

The brief intervention approach adopted in this manual is based on the motivational interviewing (MI) principles developed by William R. Miller in the USA and further elaborated by Miller and Stephen Rollnick<sup>4</sup>. It is based on the assumption that people are most likely to change when a person's motivation is developed for reasons that are important to them rather than just externally from other sources. This section focuses predominantly on the practical skills and techniques required to deliver a brief intervention to people at moderate risk from their substance use.

Brief interventions are often delivered within the *Spirit of Motivational Interviewing*. That is, there is a collaborative approach based on compassion and acceptance of the young person's circumstances. The clinician aims to evoke answers that will provide the young person with insight to their current situation and options for change.

Motivational interviewing is based on the understanding that effective intervention assists a natural process of change. It is important to note that motivational interviewing is done for, or with someone; not on, or to them. Motivational interviewing techniques are designed to promote behaviour change by helping young people to explore and resolve ambivalence. This is especially useful when working with young people in the pre-contemplation (happy to continue using) and contemplation (some uncertainty about use but not enough to change) stages, but the principles and skills are important at all stages.

This section outlines the key motivational interviewing skills required to deliver an effective brief intervention.

## Feedback

Providing feedback to young people is an important part of the brief intervention process. The way that feedback is provided can affect what the young person really hears and takes in. Feedback should be given in a way that takes account of what the young person is ready to hear and what they already know. A simple and effective way of giving feedback which takes account of the young person's existing knowledge and interest, and is respectful of their right to choose what to do with the information involves three steps<sup>5</sup>:

**Elicit** the young person's readiness or interest for information. That is, ask the young person what they already know and what they are interested in knowing. It may also be helpful to remind the young person that what they do with the information is their responsibility. For example:

*"Would you like to know the results of the questionnaire you completed?"*

*"What do you know about the effects of alcohol?"*

*"Is there anything you would like to know?"*

## Feedback

### Elicit

### Provide

### Elicit

**Provide** feedback in a neutral and non-judgmental manner. For example:

*"Your score for alcohol was in the moderate risk range. This means that your current level of use puts you at risk of experiencing health and other problems, either now or in the future."*

**Elicit** personal interpretation. That is, ask the young person what they think about the information and what they would like to do. You can do this by asking key questions, for example:

*"What concerns you by your score for alcohol?"*

*"How do you feel about that?"*

*"Does your score surprise you?"*

*"What concerns you most about this?"*

*"What do you see as your options?"*

## Explore discrepancy and reduce ambivalence

Young people are more likely to be motivated to change their substance use behaviour when they can see a difference or discrepancy between their current substance use and related problems and the way they would like their life to be. Motivational interviewing aims to explore and amplify a discrepancy between current behaviour and broader goals and values from the young person's point of view. It is important for the young person to identify their own goals and values and to express their own reasons for change.

Ambivalence refers to the contradictory feelings that young people might have about their substance use. Some feelings are

positive, such as the pleasure associated with using. Other feelings are negative, such as the risks involved or problems it creates. If we simply make young people feel defensive, they may amplify the former and minimise the latter. By creating exploring discrepancy, you can reduce their ambivalence to change.

Using basic counselling techniques, the clinician aims to assist in building rapport and establishing a therapeutic relationship that is consistent with the spirit of motivational interviewing. The four key techniques are:

## OMRS

### Open questions

### Affirming

### Reflecting

### Summarising

## Open questions

Open-ended questions provide the opportunity to explore their reasons for change, without being limited to 'yes' or 'no' responses. Open-ended questions are more likely to encourage the young person to do most of the talking – you will learn more (a good measure of how the intervention is going is to ask yourself – "Who is doing most of the talking?")

Within the context of the ASSIST-linked Brief Intervention, examples of the types of questions asked include: *"What are some of the good things about drinking alcohol?"* and *"What are the less good things for you about using?"* This approach is linked to what is termed a decisional balance and encourages the young person to explore the pros and cons of their use in a balanced way. Asking open-ended questions of a young person also reinforces the notion that they are responsible for the direction of the intervention and of their substance use choices.

## Affirming

Affirming the young person's strengths and efforts to change helps build confidence, while offering self-motivating statements (or change talk) encourages readiness to change. Affirming can take the form of compliments or statements of appreciation and an understanding of the difficulties the choice poses. This helps build rapport and validates and supports the young person during the process of change. This is most effective when the young person's strengths and efforts for change are noticed and affirmed.



## Reflecting

Reflective listening involves hearing, understanding and communicating what you have heard/understood. Thus, reflecting can involve rephrasing a statement to capture the implicit meaning and intent of what the young person has said. It encourages continual personal exploration and helps you and the young person more fully understand their motivations. Reflections can be used to amplify or reinforce the desire for change.

It is important to reflect back the underlying meanings and feelings that the young person has expressed, as well as the words they have used. Using reflections is like being a mirror for the person so that they can hear the clinician say what they have intended to communicate. Reflecting shows the young person that the clinician understands what has been said and/or allows the young person to correct what has been misunderstood and can be used to clarify what the young person means. Sometimes it can help the young person make more sense of what has been till now chaotic and confusing.

## Summarising

Summarising is an important way of gathering together what has already been said and 'checks in' with the young person to ensure mutual understanding of the discussion. Summarising adds to the power of reflecting, particularly in relation to concerns and change talk. First, young people hear themselves say it, then they hear the clinician reflect it, and then they hear it again in the summary. The clinician can then choose what to include in the summary to help emphasise the young person's identified reasons for change.

Within the context of the ASSIST-linked Brief Intervention, reflecting and summarising are used to explore and highlight the young person's ambivalence about their substance use and to steer the young person towards a greater recognition of their problems and concerns.

<sup>4</sup> Miller W & Rollnick S (2012) *Motivational Interviewing* (3rd Ed) Helping People Change. New York and London, Guilford Press

<sup>5</sup> Miller W & Rollnick S (2012) *Motivational Interviewing* (3rd Ed) Helping People Change. New York and London, Guilford Press

<sup>6</sup> Miller W & Rollnick S (2012) *Motivational Interviewing* (3rd Ed) Helping People Change. New York and London, Guilford Press

Technique	Examples
Open-ended questions	What do think are some of the benefits of addressing your drinking? You mentioned that you would like to stop using again, what has worked for you in the past?
Affirming	It sounds as though you are very resourceful to have coped with the challenges over the past few years. I appreciate that it has taken a lot of courage to discuss your use with me today.
Reflecting	You enjoy drinking, though it sounds as if you are concerned about the impact on your motivation and studies. Have I got that right? Drinking alcohol with your friends is something that has been important to you. But in the past 6 months you have become worried about some things you have done whilst intoxicated and how that affects your reputation. Have I understood that properly?
Summarising	So just to make sure I understand, you enjoy drinking, though it is causing some struggles in your life. You are keen to stop but not sure what other options are available. Am I on the right track?

### Eliciting change talk

As outlined by Miller and Rollnick (2012) eliciting change talk is a strategy for helping the young person to resolve ambivalence and is aimed at enabling the young person to present the arguments for change. There are four main categories of change talk:

1. Recognising the disadvantages of staying the same;
2. Recognising the advantages of change;
3. Expressing optimism about change; and,
4. Expressing an intention to change.

There are a number of ways of drawing out change talk from the young person. Asking direct open questions is a good example:

*"What concerns you about your alcohol use?"*

*"What do you think will happen if you don't make any changes?"*

*"How would you like your life to be in 12 months' time?"*

*"How confident are you that you can make this change?"*

*"What do you think the benefits of change will be for you?"*

*"How important is it to you to cut down your substance use?"*

### Important tips

In short, the ASSIST-linked Brief Intervention can be most effective if you adopt the principles of Motivational Interviewing techniques and are:

- Objective;
  - A conduit for the delivery of information relevant to that young person;
  - Empathic and non-judgemental;
  - Respectful of the young person's choices;
  - Open and not dismissive of the young person's responses;
  - Respectful toward the young person; and,
  - Competent in using open-ended questions, reflections and summaries to guide the conversation in the direction of self-discovery and ultimately towards change.
- You can make a quick judgment on how the encounter is progressing by thinking about the following questions/processes:
- Are you focussed on hearing and understanding what the young person is saying?
  - Who is doing most of the talking?
  - Are you jumping to conclusions?
  - Are you judging the young person on what they say?
  - Are you giving advice too soon?

### FRAMES

Clinical experience and research into brief interventions for substance use have found that effective brief interventions comprise a number of consistent and recurring features. These features were summarised using the acronym FRAMES - a framework first described more than 25 years ago, but still referenced today. FRAMES is the acronym for Feedback; Responsibility; Advice; Menu of options; Empathy; and, Self-efficacy.<sup>1,2</sup>

FRAMES
Feedback
Responsibility
Advice
Menu of options
Empathy
Self-efficacy

### Feedback

The provision of personally relevant feedback (as opposed to general feedback) is a key component of a brief intervention. This includes information about the individual's substance use obtained from the ASSIST and the level of risk associated with those scores. It is worth noting that most young people are interested in knowing their questionnaire scores and what they indicate.

Information about personal risks associated with a young person's current drug use patterns that have been reported during the screening (e.g. low mood, anxiety, relationship problems) combined with general information about substance related risks and harms also comprises powerful feedback.

Feedback focuses on the provision of personally relevant information, and is delivered by the health professional in an objective and non-judgmental way.

### Responsibility

A key principle of working to help people is to acknowledge and accept that they are responsible for their own behaviour and will make choices about their substance use. *"How concerned are you by your score?"* enables the young person to retain personal control over their behaviour and its consequences, and the direction of the intervention.

This sense of responsibility/control has been found to be an important element in motivation for change and in decreasing resistance<sup>3</sup>. Using language with young people such as *"I think you should..."* or *"I'm concerned about your drinking use"* may create resistance. It may motivate them to maintain and adopt a defensive stance when talking about their substance use, as opposed to saying something such as *"I'm not sure how you see this, but your score indicates to me that ...What do you think about this?"*

### Advice

A central component of effective brief interventions is the provision of clear objective advice regarding how to reduce the harms associated with continued use. This needs to be delivered in a non-judgmental manner. Young people may be unaware that their current pattern of substance use could lead to health or other problems or make existing problems worse. You have an important role in helping make this link using the approaches described in motivational interviewing. Providing clear advice that cutting down or stopping substance use may reduce their risk of future problems can increase their awareness of their personal risk and be part of the identification of reasons to consider changing their behaviour.

Advice can be summed up by delivering a simple statement such as *"the best way you can reduce your risk of (e.g. depression, anxiety) is to cut down or stop using"*. Once again, the language used to deliver this message is an important feature and comments such as *"I think you should stop drinking"* does not comprise clear, objective advice.

### Menu of options

Effective brief interventions provide the young person with a range of options to cut down or stop their substance use. This aims to facilitate the young person's ability to choose the strategies which are most suitable for their situation and which they feel will be most helpful. Providing choices reinforces the sense of personal control and responsibility for making change and can help to strengthen the young person's motivation for change. It is also likely to help avoid or reduce resistance.

Examples of options for young people to consider include:

- Keep a diary of substance use (where, when, how much used, how much spent, with whom, why);
- Identify high risk situations and develop strategies to avoid or manage them;
- Identify other activities instead of drug use — hobbies, sports, clubs, etc.;
- Encourage the young person to identify people who could provide support and help for the changes they want to make;
- Provide written information or other recall aids if there is low reading capacity;
- Invite the young person to return for regular sessions to review their substance use;
- Provide information about health workers that specialise in drug and alcohol issues; and,
- Put aside the money they would normally spend on substances for something else.

### Empathy

Empathy is the ability to listen, to understand and communicate your understanding. It is taking an active interest and takes effort to understand another's perspective, to hear what they are saying and checking you have heard correctly. It does not mean sympathy, a feeling of pity, camaraderie or identification with the person. Statements such as *"I've been there and know what you are experiencing, let me tell you my story"* are not useful. The opposite of empathy is the imposition of one's own perspective, perhaps with the assumption that the other's views are irrelevant or misguided. Empathy is the ability to understand another's frame of reference and the conviction that it is worthwhile to do so<sup>4</sup>.

In a clinical situation, empathy comprises an accepting, non-judgmental approach that tries to understand the young person's point of view and avoids labels. It is especially important to avoid confrontation and blaming or criticism of the young person. Adopting a position of 'curious intrigue' is helpful. Empathy requires reflective listening. Reflective listening has been described as the capacity to listen, to understand and to communicate understanding.

### Self-efficacy (confidence)

The final component of effective brief interventions is to encourage young people's belief that they are able to make changes in their substance use behaviour. Self-efficacy differs from the more global construct of confidence in that it is a belief in the capacity to undertake a specific behaviour. Exploring other areas where the young person has made positive change is helpful. People who believe that they are able to implement a behaviour or action are more likely to do so and to persist in the face of challenges than those who feel powerless or helpless to change their behaviour. It is particularly helpful to elicit self-efficacy statements from clients as they are likely to believe what they hear themselves say. It is important to recognise that self-efficacy is most likely to develop with: success experiences that are attributed to their own efforts; previous successful attempts at behaviour change; cognitive rehearsal of implementation; and/ or identifying success in individual who they can identify with.

<sup>1</sup> Miller W and Sanchez V (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G, ed. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.

<sup>2</sup> Miller W, Zweben A, Di Clemente C and Rychtarik R (1992). Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

<sup>3</sup> Bion TH, Miller WR and Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88,315-336.

<sup>4</sup> Miller W and Rollnick S (2012) *Motivational Interviewing (3rd Ed) Helping People Change*. New York and London, Guilford Press





# INTERVENING WITH YOUNG PEOPLE USING SUBSTANCES

As with the adult ASSIST, the risk level corresponding to the clients' substance use scores provides an indication as to how you may best progress to assist the young person.

Specifically, risk levels provide an indication as to whether a brief intervention in the context of a broader assessment may be sufficient, or whether a referral for a more specialised assessment and treatment is required.

Young people who:

- use more heavily,

- appear to be becoming enmeshed in drug use (e.g. most of their friends are also consuming drugs),
- exhibit other related problems (e.g. mental health; disconnection from education; significant family dysfunction) and/or,
- are showing indications of dependence,

are more likely to have a range of problems later in life including those directly related to drug use and other health/mental health risks.

## Management of clients in the 'Moderate' risk range

- For young people whose substance use scores fall within the 'Moderate' risk range, a brief intervention in the context of broader psycho-social screening is recommended. The Ten Step Brief Intervention and feedback about risk can be given using the ASSIST-Y Feedback Report card for 15-17 year olds. It is important to determine if the substance use is indicative of, or associated with, other co-morbid factors (eg. mental health issues), or if use may lead to future problems.
- The term broader psycho-social screening refers to a more comprehensive assessment conducted by a healthcare professional experienced in screening and working with young people. Such healthcare professionals should be aware of how substance use and other problems present in young people. It is essential that screening explores mental health related issues (eg. symptoms of anxiety, depression etc), and that it covers a range of issues relevant to young people including social and family functioning, physical health, housing and financial issues, legal issues, academic and cognitive performance. If screening for other risk factors identifies areas of concern, movement to assessment and diagnosis (where relevant) should occur.
- For those scoring within the 'Moderate' risk range, it is recommended that health workers seek advice and consultation from a third party, preferably someone with relevant expertise in working with young people

such as clinicians from either CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Service), Women's and Children's Hospital or a psychiatrist via Child and Adolescent Hotline.

- As with the adult ASSIST, the term Brief Intervention (BI) describes a brief (3 to 15 minute) motivational interviewing based intervention designed to encourage young people to reflect on their current substance use (ie. positive and negative aspects), as well as increase their awareness of the risks associated. Broadly, the BI aims to facilitate reductions in substance use by increasing motivation and confidence for behaviour change. The ASSIST-linked Brief Intervention should be administered using the 'ASSIST Feedback Report Card for 15-17 year olds'.
- When delivering the BI, it may also be helpful to provide young people with population norms around the level of substance use in similar aged peers, particularly if the young person has the belief that a significant proportion of their peers are using or experimenting with substances.
- Please refer to the World Health Organization guide to 'The ASSIST-linked Brief Intervention for problematic substance use: A manual for use in primary care' for more detail on the administration of the ASSIST-linked Ten-Step Brief Intervention. It is essential that this manual is read and understood before embarking on the ASSIST-Y linked Brief Intervention.



### Management of clients in the 'High' risk range

- The ASSIST-Y linked Ten Step Brief Intervention and feedback about risk can be given using the ASSIST-Y Feedback Report card for 15-17 year olds. Young people in the 'High' risk group may not necessarily be substance dependent, but are likely have a range of co-occurring problems requiring coordinated management and assessment.
- It is recommended that in addition to a brief intervention, a referral be made for more specialised assessment and treatment.
- However, High risk smokers in the older group (15 to 17 years) are most likely dependent on the substance, and should be treated in the primary health care setting as adults. (ie. motivational enhancement therapy and pharmacotherapy).
- Specialist treatment refers to the delivery of evidence-based therapies/treatments for young people demonstrating problematic or 'harmful' substance use patterns, as well as reporting problems associated with substance use. Treatment may include motivational enhancement therapy (MET), cognitive behavioural therapy (CBT), as well as family therapy and family support. It is anticipated that in most cases a coordinated approach to assessment and management of substance use and other associated problems will be required.
- Co-occurring problems may include: mental health issues, significant family disharmony, exposure to abuse, poor performance at school, suicidal ideation, homelessness, significant externalising behaviours (eg. bullying others) or significant weight loss (particularly in female clients). Referral to health workers with specialist training of assessment and management of broader problems aside from Alcohol and Other Drugs (AOD) is required for these young people/ persons.
- Relevant agencies regarding immediate referral include 'HeadSpace' and Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS).
- Again while the decision to inform parents/others of the young person's substance use is at the discretion of the health worker, parental involvement and support may be particularly important if further assessment and treatment is required. It is preferable to have the young person's consent for this to occur.
- When delivering the brief intervention it is important to maintain a balanced and non-judgmental approach (ie. a client-centered approach).

**IT IS RECOMMENDED THAT IN ADDITION TO A BRIEF INTERVENTION, A REFERRAL BE MADE FOR MORE SPECIALISED ASSESSMENT AND TREATMENT.**



## 10.3 Annex 3. CRAFFT Screening Test (CRAFFT)

### CRAFFT

En los ÚLTIMOS 12 MESES...

	NO	SÍ
A1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas? (más de unos pocos tragos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2. ¿Has fumado marihuana o hachís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. ¿Has tomado alguna otra sustancia para "colocarte"? (drogas ilegales, pastillas, medicamentos o alguna sustancia esnifada o inhalada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si has respondido **NO** a **TODAS** las preguntas anteriores, debe contestar sólo a la **pregunta 4**.
- Si has respondido **SÍ** a **ALGUNA** de las preguntas anteriores (**1, 2 y 3**), debe contestar a todas las preguntas que se presentan a continuación, **4 hasta 9**.

	NO	SÍ
A4. ¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducida por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú solo/a, sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7. ¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras <u>consumías</u> alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8. ¿Alguna vez tu familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9. ¿Alguna vez te has metido en líos mientras <u>consumías</u> alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CÓMPUTO (NO=0; SÍ=1). Se suman las puntuaciones de A4 a A9, pero sólo si contesta Sí a alguna de las 3 primeras preguntas). Si la puntuación resultante es mayor o igual que 2 se considera un consumo de riesgo.

## 10.4 Annex 4. Cannabis Screening Test (CAST)

### CAST

¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los últimos 12 meses?

*Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.*

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Has fumado <u>Cannabis</u> <u>antes del mediodía?</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. ¿Has fumado <u>Cannabis</u> <u>estando solo/a?</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido <u>problemas de memoria</u> al fumar <u>Cannabis</u> ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. ¿Te han dicho <u>los amigos o miembros de tu familia</u> que deberías reducir el consumo de <u>Cannabis</u> ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir <u>Cannabis</u> <u>sin conseguirlo?</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido problemas <u>debido a tu consumo</u> de <u>Cannabis</u> (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)? ¿Cuáles?: /...../	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## 10.5 Annex 5. Test de Fagerström dependència Nicotina (FTND)

**Test de Fagerström** breu per a la dependència física a la nicotina

- *Quant de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta?*
  - Menys de 5 minuts: 3 punts
  - De 5 minuts a 30 minuts: 2 punts
  - De 31 minuts a 60 minuts: 1 punt
- *Quantes cigarretes fumeu cada dia?*
  - Més de 30: 3 punts
  - De 21 a 30: 2 punts
  - D'11 a 20: 1 punt

La puntuació és:

- De 5 a 6: Dependència alta
- De 3 a 4: Dependència moderada
- De 0 a 2: Dependència baixa

## 10.6 Annex 6. Severity of Dependence Scale (SDS)

### SDS

#### Severity of Dependence Scale

Siguiendo con los **últimos 12 meses** ¿Con qué frecuencia te ha ocurrido lo que se describe a continuación en dicho periodo?

1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de .....?

Nunca/casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/casi siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso la posibilidad de que te pudiera faltar .....

Nunca/casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/casi siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

3. ¿Te has sentido preocupado por tu consumo de .....

Nunca/casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/casi siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

4. ¿Has deseado poder dejar la.....?

Nunca/casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/casi siempre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

En los 12 últimos meses, ¿hasta qué punto **te ha sido difícil dejar o estar sin consumir**.....?

Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## 10.7 Annex 7. MINI-Plus International neuropsychiatric interview

---

### **M.I.N.I. PLUS**

#### **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

#### **MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRICA EVALUACION**

**Versión en Español 5.0.0**

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida College of Medicine - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Huguerta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine,  
Hôpital de la Salpêtrière – Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP – Madrid – España  
M. Soto, O. Soto

University of South Florida – Tampa-USA

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco, C. Santana

© Copyright 1992-2004 Sheehan DV & Lecrubier Y

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del M.I. N.I. para su uso personal.

## L. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(☛ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar / leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

L1 a	¿Alguna vez, ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	☛	NO	SÍ
------	--	---	----	----

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, "speedball".

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi, MDA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, "ether", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

**Marihuana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, "Miltown" Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.



**Otras drogas:** Esteroides , pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA(S) MAS A MENUDO: \_\_\_\_\_

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS QUE HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS USADAS MAS A MENUDO, SON ES REVISADAS.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS , ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER REVISADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

**L2 Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a lo largo de su vida,**

- |                                     |  |    |    |
|-------------------------------------|--|----|----|
| a                                   | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?  | NO | SÍ |
| b                                   | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudores, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia ) o para sentirse mejor? | NO | SÍ |
| MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA |  |    |    |
| c                                   | ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?   | NO | SÍ |
| d                                   | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pero ha fracasado?   | NO | SÍ |
| e                                   | ¿Los días que utilizaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?  | NO | SÍ |
| f                                   | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?  | NO | SÍ |
| g                                   | ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?  | NO | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS L3 Y L4, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

NO	SÍ *
<b>DEPENDENCIA DE DROGAS</b>	
<b>DE POR VIDA</b>	

- L3 a. ¿Ha usado (droga mas usada, cualquier droga) en los últimos 12 meses? NO SÍ
- b. ¿MARCÓ SÍ PARA 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? NO SÍ

¿MARCÓ SÍ EN L3a Y b?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS L4, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

NO	<input checked="" type="radio"/> SÍ*
<b>DEPENDENCIA DE DROGAS</b>	
<b>ACTUAL</b>	

**Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en los últimos doce meses:**

- L4 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? NO SÍ
- (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)
- b ¿Ha estado intoxicado con (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en alguna situación en la que correa un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ
- c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público? NO SÍ
- d ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ

¿MARCÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L4?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

NO	N/A	SÍ
<b>ABUSO DE DROGAS</b>		
<b>ACTUAL</b>		

CRONOLOGÍA

- L5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener problemas con el abuso de drogas?

edad

ADVERTENCIA: SI MARCÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b", CODIFIQUE M11c Y M11d.  
 SI MARCÓ NO EN TODAS LAS PREGUNTAS "b", CODIFIQUE SOLO M11d.

M11c

O DE M1 A M10b: ¿MARCÓ "SI EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "b"  
 O MARCÓ "SI" EN DOS O MAS PREGUNTAS "b" PERO NO "SI EXTRAÑO"?

NO  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 No se cumple actualmente

SÍ  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 Se cumple actualmente

M11d DE M1 A M10b: ¿MARCÓ "SI EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "a"

O MARCÓ "SÍ" EN DOS O MAS PREGUNTAS "a" PERO NO "SÍ EXTRAÑO"?  
 (VERIFIQUE QUE LOS 2 ITEMS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERIODO DE  
 TIEMPO.)

NO  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 No se cumple De Por Vida

O ¿MARCÓ "SI" EN M11c?

SÍ  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 Se cumple De Por Vida

M12 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo  
 de estos síntomas? 18

No  Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos  
 síntomas? 19

No  Sí

c BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A, ¿ES ALGUNA DE ESTAS LA CAUSA DIRECTA  
 DE LA PSICÓSIS DEL PACIENTE? 20  
 (SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.)

No  Sí

d ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 21

SI M12d = NO: CALIFIQUE M13 (a, b) Y PASE AL SIGUIENTE TRASTRONO

SI M12d = SÍ: CODIFIQUE NO EN M13 (a, b) Y PASE A M14

SI M12d = INCIERTO: CODIFIQUE INCIERTO EN M13 (a, b) Y PASE A M14

<p>M13a ¿MARCÓ NO EN M12d DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA?</p> <p>SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES</p> <p>ACTUAL (MARCÓ SÍ EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE M1 A M10b) Y/O DE POR VIDA ("a" o "b") MARCÓ SÍ EN CUALQUIER PREGUNTA DE M1 A M10b.</p>	<p style="text-align: right;">22</p> <p>NO SÍ</p> <p><b>TRASTORNO PSICÓTICO</b> <b>Debido a una Enfermedad Médica</b></p> <p>Actual <input type="checkbox"/></p> <p>De Por Vida <input type="checkbox"/></p> <p>Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/></p>
<p>M13b ¿MARCÓ NO EN M12d DEBIDO A USO DE DROGAS?</p> <p>SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES</p> <p>ACTUAL (MARCÓ SÍ EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE M1 A M10b) Y/O DE POR VIDA (MARCÓ SÍ EN CUALQUIER PREGUNTA DE M1 A M10b).</p>	<p style="text-align: right;">23</p> <p>NO SÍ</p> <p><b>TRASTORNO PSICÓTICO</b> <b>Inducido por Sustancias</b></p> <p>Actual <input type="checkbox"/></p> <p>De Por Vida <input type="checkbox"/></p> <p>Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/></p>
<p>M14 ¿Cuál fue el período más largo durante el cual tuvo esas creencias o experiencias? SI &lt;1 DIA, IR A LA SIGUIENTE SECCION.</p>	<p style="text-align: right;">_____ 24</p>
<p>M15 a Durante o después de un período en el cual tuvo estas creencias o experiencias, ¿tuvo dificultad trabajando o relacionándose con otros, o cuidándose a usted mismo?</p>	<p>NO SÍ 25</p>
<p>b SI SÍ, ¿Cuánto duraron estas dificultades? SI ≥6 MESES, IR A M16.</p>	<p style="text-align: right;">_____ 26</p>
<p>c ¿Ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado debido a estas creencias o experiencias, o por las dificultades causadas por estos problemas ?</p>	<p>NO SÍ 27</p>
<p>d SI SÍ, ¿Cuál ha sido el período de tiempo más largo que ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado por estos problemas?</p>	<p style="text-align: right;">_____ 28</p>
<p>M16 a EL PACIENTE INFORMO INCAPACIDAD (MARCÓ SI EN M15a) O FUE TRATADO U HOSPITALIZADO POR PSICÓSIS (M15c = SÍ).</p>	<p>NO SÍ 29</p>
<p>b BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA, CALIFIQUE LA INCAPACIDAD DE POR VIDA DEL PACIENTE CAUSADA POR LA PSICOSIS.</p> <p style="margin-left: 40px;">ausente <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="margin-left: 40px;">leve <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 40px;">moderada <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="margin-left: 40px;">severa <input type="checkbox"/> 4</p>	<p style="text-align: right;">30</p>
<p>M17 ¿CUAL FUE LA DURACION TOTAL DE LA PSICOSIS, TOMANDO EN CUENTA LA FASE ACTIVA (M14) Y LAS DIFICULTADES ASOCIADAS (M15b) Y LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS (M15d)?</p> <p>CRONOLOGÍA</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ≥1 día a &lt;1 mes 31</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ≥1 mes a &lt;6 meses</p> <p>3 <input type="checkbox"/> ≥6 meses</p>
<p>M18 a ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener estas creencias o experiencias poco usuales?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="text"/> edad 32</p>
<p>b ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántas veces ha tenido episodios significativos de creencias o</p>	<p style="text-align: right;"><input type="text"/> 33</p>

## 10.8 Annex 8. Formulari recollida dades sociodemogràfiques

DADES PERSONALS					
Mort Progenitor/a	<input type="checkbox"/> SI			A quina edat:	
	<input type="checkbox"/> NO			Qui:	
--					
Separació o Divorci pares	<input type="checkbox"/> SI			A quina edat:	
	<input type="checkbox"/> NO				
Antecedents personals de		Abús sexual	<input type="checkbox"/>		
		Maltracte físic	<input type="checkbox"/>		
		Maltracte psicològic	<input type="checkbox"/>		
		Bulling	<input type="checkbox"/>		
<b>Mare</b>	Trastorn Mental	<input type="checkbox"/>		<b>Pare</b>	Trastorn Mental <input type="checkbox"/>
	Retard Mental	<input type="checkbox"/>			Retard Mental <input type="checkbox"/>
	Addicció T	<input type="checkbox"/>			Addicció T <input type="checkbox"/>
	Probl Justícia	<input type="checkbox"/>			Probl Justícia <input type="checkbox"/>
Procés Migratori					
Edat Migració:	-----				
Tipus Migració	Sol	<input type="checkbox"/>			
	Acompanyat familiar primer grau	<input type="checkbox"/>			
	Acompanyat amics	<input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTS CONSUM					
TUS DIAGNOSTICAT	<input type="checkbox"/> SI		Seguiment CAS	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> NO	

UNITAT	<input type="checkbox"/> Xaloc	Edat:	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Garbí			
	<input type="checkbox"/> Mestral	Inicials:	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Llevant			
<b>Motiu Ingrés Centre:</b>				
Data Entrevista:	<input type="text"/>		País Origen	
Data Ingrés al Centre:	<input type="text"/>		Reincidència	<input type="checkbox"/> SI
Ingrés sota els efectes substàncies		<input type="checkbox"/> SI	Quina substància:	
		<input type="checkbox"/> NO		
On viu?	Centre DGAIA	<input type="checkbox"/>		
	Família	<input type="checkbox"/>		
	Carrer	<input type="checkbox"/>		
	Cases Okupes	<input type="checkbox"/>		
Familiar primer grau consum tòxics?		<input type="checkbox"/> SI	QUI?	
		<input type="checkbox"/> NO	A què?	
Retard ó Trastorn Mental diagnosticat del menor o jove		<input type="checkbox"/> SI		Trast Pers. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> NO		TND <input type="checkbox"/>
			Quin?	TD AH <input type="text"/>
				T.D isocial <input type="checkbox"/>
				T.Psicòtic <input type="checkbox"/>
				Retard M. <input type="checkbox"/>
				T.O.C <input type="checkbox"/>
				S.Guilles-T <input type="checkbox"/>
				Altres: _____
				_____
				_____

## **10.9 Annex 9. Document de consentiment informat**

**CONSENTIMENT INFORMAT I TRACTAMENT DE DADES CEDIDES PER PARTICIPAR EN LA RECERCA I INVESTIGACIÓ DE LA VALIDACIÓ I FIABILITZACIÓ del *ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLMENT SCREENING TEST PER A JOVES (ASSIST-Y)* EN MENORS I JOVES INTERNATS EN CENTRES EDUCATIUS DE JUSTÍCIA JUVENIL.**

### **Què és l'ASSIST-Y?**

L'ASSIST-Y és un instrument de cribratge ràpid de consum de substàncies en població jove que discrimina entre el consum problemàtic o dependència i consum de risc o d'abús. A més a més ens ajudarà a cercar el tractament més adient per incidir de forma positiva en la problemàtica detectada.

El test consta de 7 preguntes de resposta àgil en relació al consum de substàncies tòxiques i altres aspectes de la teva vida que poden estar relacionats. El test té una durada d'uns 20 minuts aproximadament.

L'ASSIST-Y és una eina que s'està fent servir en d'altres països, com ara Austràlia, amb les finalitats que hem indicat.

L'objectiu de la recerca es validar aquest instrument, l'ASSIST-Y, com a eina de cribratge del consum de substàncies tòxiques entre els nois i noies internats al centres de Justícia Juvenil de Catalunya per trobar la intervenció més adient.

No hi ha riscos de cap tipus en la teva participació.

No està prevista cap compensació per participar-hi.

### **Què farem amb les dades que ens facilitis a través de la teva participació?**

Les dades que ens facilitis en el test, sempre que prestis el teu consentiment de forma específica, seran utilitzades únicament per aquesta recerca científica.

En aquesta recerca la teva identitat es mantindrà confidencial i només les membres de l'equip de recerca tindran accés a les dades del projecte. Si fos el cas que s'haguessin de presentar casos d'estudi, es farien servir sempre pseudònims i la teva identitat no serà revelada.

La teva participació en aquest estudi és completament voluntària i anònima.

Si t'ho repenses pots deixar de contestar el test en qualsevol moment sense conseqüències negatives, només ens ho has de dir.

### **Qui cuidarà de les meves dades personals?**

De conformitat amb el que estableix el Reglament 679/2016 i la L.O. 3/2018, t'informem que les dades de caràcter personal que ens comuniquis en la teva participació en test ASSIST-Y **són confidencials** i seran tractades i incorporades en un fitxer de dades personals, la responsable del qual és la **Núria Ibañez Martínez (NIP 9612)**, investigadora principal de la recerca.

### **Per què ha d'haver-hi un fitxer amb les dades personals?**

La finalitat de la seva creació, existència i manteniment del fitxer de dades personals és el tractament estadístic per poder avaluar i validar el qüestionari. Un cop es validi i finalitzi el termini legal aquest fitxer serà destruït garantint el teu anonimat.

### **Qui tindrà accés a les meves dades personals?**

Aquestes dades seran tractades per la **Núria Ibañez Martínez** i resta de investigadors/es i col·laborador/es en la recerca.

### **Necessitat d'obtenció de dades i consentiment:**

Mitjançant la signatura del present document, s'entén que has donat el teu consentiment per a tots els tractaments de dades de caràcter personal anteriorment descrits i, especialment, per al tractament de les dades relatives a la teva salut que siguin necessaris per a la correcta prestació dels serveis. Les



dades de caràcter personal es conservaran en compliment dels terminis legals de prescripció que resultin d'aplicació.

### **Quins drets puc exercir i com?**

Pots exercir els teus drets d'informació, accés, rectificació, oposició, supressió, limitació del tractament i portabilitat de les dades personals mitjançant un escrit dirigit a la Núria Ibáñez Martínez a l'adreça de correu electrònic:

**nuria.ibanezm@gencat.cat**. Així mateix, podràs dirigir-te a l'Autoritat de control competent per a presentar la reclamació que consideris oportuna.

### **PRESTACIÓ DEL CONSENTIMENT INFORMAT EN LA PARTICIPACIÓ EN LA RECERCA I EN TRACTAMENT DE LES DADES DE CARÀCTER PERSONAL**

#### **CODI DE REFERENCIA DE PARTICIPANT:**

Código	Udidad	Ini. Nombre y apellido	Fecha/Nac.

- He estat informat** de l'objectiu de la recerca per a la validació de l'ASSIST-Y, així com del **tractament que es farà de les dades personals** que cedeixi en la participació de la investigació.
  
- Manifesto el meu consentiment de participar de forma voluntària** en la investigació per a la validació de ASSIST-Y i **autoritzo** a que les meves dades personals puguin ser tractades amb l'objectiu i la manera que he estat informat.

SIGNATURA DEL/LA PARTICIPANT TUTOR/A LEGAL (EN CAS QUE EL PARTICIPANT SIGUI MENOR DE 16 NYS)

Barcelona, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

## 10.10 Annex 10. Estadístics descriptius de l'ASSIST-Y

	<i>N</i>	<i>Mitjana DS</i>		<i>Rang</i>		<i>Asimetria</i>	<i>Curtosi</i>
				<i>Mediana</i>	<i>Interquantil</i>		
Q2_Tabac	101	5,36	1,706	6	0	<b>-2,608</b>	5,393
Q2_Alcohol	101	2,81	1,896	3	2	-,119	-,834
Q2_Cànnabis	101	4,82	2,147	6	2	<b>-1,528</b>	,691
Q2_Cocaïna	101	1,51	2,086	0	4	,980	-,498
Q2_Amfetamina	101	1,50	2,138	0	3	<b>1,052</b>	-,373
Q2_Inhalants	101	,36	1,064	0	0	<b>3,258</b>	10,887
Q2_Sedants	101	2,02	2,396	0	4	,644	-1,205
Q2_Al·lucinògens	101	,42	1,168	0	0	<b>3,200</b>	10,675
Q2_Opioides	101	,27	,948	0	0	<b>4,042</b>	17,583
Q2_Altres	101	1,12	2,031	0	2	<b>1,552</b>	,891
Q3_Tabac	101	4,66	2,442	6	1	<b>-1,372</b>	-,053
Q3_Alcohol	101	1,83	2,433	0	5	,723	-1,270
Q3_Cànnabis	101	4,41	2,409	6	3	<b>-1,134</b>	-,463
Q3_Cocaïna	101	1,01	2,002	0	0	<b>1,648</b>	1,053
Q3_Amfetamina	101	,85	2,007	0	0	<b>2,018</b>	2,260
Q3_Inhalants	101	,31	1,181	0	0	<b>3,912</b>	14,535
Q3_Sedants	101	1,67	2,434	0	4	,929	-,910
Q3_Al·lucinògens	101	,22	,996	0	0	<b>4,689</b>	21,548
Q3_Opioides	101	,24	,991	0	0	<b>4,340</b>	18,803
Q3_Altres	101	,70	1,879	0	0	<b>2,398</b>	3,969
Q4_Tabac	101	1,03	2,220	0	0	<b>1,852</b>	1,802
Q4_Alcohol	101	1,75	2,598	0	4	,914	-,984
Q4_Cànnabis	101	3,21	3,176	4	7	,074	-1,876
Q4_Cocaïna	101	,96	2,213	0	0	<b>2,027</b>	2,478
Q4_Amfetamina	101	1,09	2,223	0	0	<b>1,752</b>	1,542
Q4_Inhalants	101	,19	1,093	0	0	<b>5,807</b>	32,960
Q4_Sedants	101	1,93	2,871	0	5	,921	-,991
Q4_Al·lucinògens	101	,15	,865	0	0	<b>5,860</b>	33,876
Q4_Opioides	101	,15	,888	0	0	<b>6,356</b>	42,149
Q4_Altres	101	,90	2,142	0	0	<b>2,098</b>	2,755
Q5_Alcohol	101	1,53	2,886	0	0	<b>1,425</b>	,175
Q5_Cànnabis	101	3,74	3,786	5	8	,065	-1,954
Q5_Cocaïna	101	1,19	2,770	0	0	<b>1,946</b>	1,887
Q5_Amfetamina	101	,70	2,067	0	0	<b>2,759</b>	6,148
Q5_Inhalants	101	,31	1,521	0	0	<b>4,817</b>	21,709
Q5_Sedants	101	1,78	3,164	0	4	<b>1,271</b>	-,290
Q5_Al·lucinògens	101	,05	,498	0	0	<b>10,050</b>	101,000
Q5_Opioides	101	,23	1,311	0	0	<b>5,658</b>	30,748
Q5_Altres	101	,88	2,338	0	0	<b>2,374</b>	3,922
Q6_Tabac	101	2,82	2,872	3	6	,120	-1,922
Q6_Alcohol	100	2,22	2,718	0	6	,542	-1,575
Q6_Cànnabis	101	3,98	2,653	6	6	-,696	-1,367
Q6_Cocaïna	101	1,43	2,459	0	3	<b>1,248</b>	-,323
Q6_Amfetamina	101	1,22	2,252	0	2	<b>1,486</b>	,468
Q6_Inhalants	101	,30	1,082	0	0	<b>3,922</b>	15,780
Q6_Sedants	101	1,81	2,686	0	6	,874	-1,183
Q6_Al·lucinògens	101	,42	1,344	0	0	<b>3,337</b>	10,460
Q6_Opioides	101	,37	1,488	0	0	<b>4,584</b>	22,418
Q6_Altres	101	1,05	2,338	0	0	<b>1,960</b>	2,434

## 10.11 Annex 11. Matriu dels components rotats mitjançant l'AFE

	Test ítem	Factor 1	Factor 2
<b>Tabac</b>	Q2	.852	
	Q3	.815	
	Q4	.470	
	Q6	.515	
<b>Alcohol</b>	Q2	.809	
	Q3	.732	
	Q4	.833	
	Q5	.665	
	Q6	.721	
<b>Cànnabis</b>	Q2	.864	
	Q3	.855	
	Q4	.767	
	Q5	.761	
	Q6	.743	
<b>Cocaïna</b>	Q2	.895	
	Q3	.813	
	Q4	.874	
	Q5	.821	
	Q6	.830	
<b>Amfetamines</b>	Q2	.893	
	Q3	.763	
	Q4	.720	
	Q5	.642	
	Q6	.809	
<b>Sedants</b>	Q2	.923	
	Q3	.899	
	Q4	.912	
	Q5	.824	
	Q6	.863	
<b>Inhalants</b>	Q2	.243	.832
	Q3	.600	.578
	Q4	.773	-.389
	Q5	.665	-.412
	Q6	.714	-
<b>Al·lucinògens</b>	Q2	.792	-.233
	Q3	.795	-.337
	Q4	.653	.552
	Q5	.282	.865
	Q6	.716	-.212
<b>Opiacis</b>	Q2	.609	.701
	Q2	-	.958
	Q3	.914	-
	Q4	.665	-
	Q5	.521	.457

Q2= Freqüència consum, Q3= ús no social del consum Q4= Problemes consum,  
Q5= Conseqüències consum, Q6= Preocupació pel consum

## 10.12 Annex 12. Validesa discriminant entre ASSIST-Y i l'Entrevista MINI-Plus

	Àrea sota la Curva ROC				ASSIST-Punt tall	ANOVA dif. mitjana	p
	ROC (95% CI)	Sensibilitat (%)	Especificitat (%)	J			
Alcohol s/abús	<b>.78 (.68, .88)</b>	<b>69.0</b>	<b>80.0</b>	<b>.49</b>	<b>6.5</b>	<b>9.1</b>	<b>&lt;.001</b>
Abús/dependència	<b>.78 (.59, .96)</b>	<b>55.6</b>	<b>92.6</b>	<b>.48</b>	<b>22.5</b>	<b>9.9</b>	<b>.001</b>
Cànnabis s/abús	<b>.94 (.89, .99)</b>	<b>88.9</b>	<b>100</b>	<b>.89</b>	<b>1</b>	<b>20.7</b>	<b>&lt;.001</b>
Abús/dependència	<b>.87 (.78, .97)</b>	<b>94.2</b>	<b>71.8</b>	<b>.65</b>	<b>10.5</b>	<b>16.9</b>	<b>&lt;.001</b>
Cocaïna s/abús	<b>.86 (.76, .95)</b>	<b>75.0</b>	<b>97.2</b>	<b>.72</b>	<b>1</b>	<b>9.0</b>	<b>&lt;.001</b>
Abús/dependència	.70 (.44, .97)	75.0	69.1	.44	2.5	5.6	.108
AFT s/abús	<b>.72 (.60, .85)</b>	<b>75.0</b>	<b>73.6</b>	<b>.49</b>	<b>1</b>	<b>5.2</b>	<b>.006</b>
Abús/dependència	.76 (.63, .89)	66.7	78.4	.45	11	5.1	.158
Sedants s/abús	<b>.85 (.76, .94)</b>	<b>75.6</b>	<b>91.4</b>	<b>.67</b>	<b>1</b>	<b>13.7</b>	<b>&lt;.001</b>
Abús/dependència	<b>.82 (.69, .96)</b>	<b>81.3</b>	<b>81.7</b>	<b>.63</b>	<b>13.5</b>	<b>15.9</b>	<b>&lt;.001</b>
Inhalants s/abús	<b>.59 (.44, .74)</b>	<b>34.8</b>	<b>81.1</b>	<b>.16</b>	<b>1</b>	<b>2.1</b>	<b>.011</b>
Abús/dependència	.62 (.22, .99)	50.0	82.4	.32	2.5	.0	.496
Al·lucinògens s/abús	<b>.70 (.58, .82)</b>	<b>40.5</b>	<b>100</b>	<b>.41</b>	<b>1</b>	<b>2.2</b>	<b>&lt;.001</b>
Abús/dependència	-	-	-	-	-	1.1	.264
Opiacis s/abús	<b>.70 (.53, .87)</b>	<b>50.0</b>	<b>91.9</b>	<b>.42</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>	<b>.002</b>
Abús/dependència	-	-	-	-	-	-	-