



cejfe

Ámbito de Ejecución Penal

Validación y fiabilización de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST-Young) en jóvenes internados en un centro educativo de justicia juvenil

Ayuda a la investigación 2022

Autoras

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

Año 2023

Validación y fiabilización de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST-Young) en jóvenes internados en un centro educativo de justicia juvenil

Núria Ibáñez Martínez

Núria Civit Bel

Noemí Moreno Ferrer

Sandra López Ferré

Ana Maria Olivares Casado

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de las autoras, que son responsables de su corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de las autoras y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0\(CC BY- NC\(Drápal, 4,0\) Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es), cuyo texto completo se encuentra disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría del material y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar una obra derivada.

Agradecimientos

Al Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE) por la concesión de la beca y por el apoyo al equipo. En especial a Berta Framis, de la Unidad de Investigación en Ejecución Penal, que con su implicación y profesionalidad nos ha guiado para presentar esta investigación en el plazo establecido.

A la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil y a Miquel Àngel Cullerés i Balagueró, como subdirector general de Justicia Juvenil, por su receptividad, así como por construir los puentes con otros organismos colaboradores.

A la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima por autorizar la realización de la investigación y el acceso a los menores y jóvenes de la muestra; asimismo, al Servicio de Centros Educativos por la confianza depositada en el equipo investigador.

Este trabajo ha requerido de la infinita confianza y estrecha colaboración de la Dirección y subdirección del Centro Educativo Can Llupià, Ruth Castro y Alfredo Fornas. Esta investigación ha sido posible gracias a su apoyo.

Queremos agradecer al grupo de investigación de la Universidad de Adelaide (Australia) y, en especial, a Robert Ali y Matthew Stevens, por facilitarnos la herramienta ASSIST-Young. Las conversaciones, intercambio de correos y su compromiso con el desarrollo de una herramienta capaz de cribar el consumo de sustancias en menores y jóvenes vulnerables nos ha motivado para aplicarla en nuestro contexto.

Esta investigación ha contado desde el principio con el apoyo de otros departamentos, cada uno ha aportado su granito de arena para poder validar la herramienta ASSIST-Young en nuestro contexto.

Gracias al Servicio de Planificación lingüística del Departamento de Salud hemos podido traducir la herramienta ASSIST-Young.

Gracias a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) por autorizar la pasación de los cuestionarios a los menores de 16 años tutelados.

Gracias a la Unidad de Programas e Innovación de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil que nos ha seguido de cerca y han creído que esta investigación puede impulsar y mejorar la detección y la intervención sobre los consumos de sustancias tóxicas en los menores y jóvenes que están cumpliendo una medida de internamiento.

Gracias a la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública y, en especial, a Joan Colom y Lidia Segura, por crear sinergias interdepartamentales e insistir en la necesidad de trabajar conjuntamente para mejorar la prevención y atención del consumo de sustancias en nuestros menores y jóvenes.

Gracias a la Asociación Sinergia Social y, en especial, a la Fundación Mercè Fontanilles, por su equipo de mediadoras y mediadores interculturales que nos han ayudado a llegar a los menores y jóvenes magrebíes. Gracias Yassin, Ouissam, Fouad y Majida.

Al Equipo de Salud Mental y Adicciones del Parque Sanitario Sant Joan de Déu, muy especialmente a Jaume Claramunt, médico especializado en drogodependencias, por participar en esta investigación de forma desinteresada a pesar del gran trabajo que ha supuesto. No solo eres un gran profesional, sino que además eres una gran persona y mejor compañero de trabajo. Somos muy afortunadas de contar contigo. Gracias infinitas.

Por último, un gran agradecimiento a los menores y jóvenes y a sus familias, que han aceptado y participado de forma voluntaria en esta investigación. Desde el principio su recibimiento acogedor ha hecho que esta investigación sea muy sencilla y al mismo tiempo enriquecedora. Hemos aprendido que estáis dispuestos a hablar del consumo de sustancias de forma abierta y nos ha facilitado conocer mejor vuestra realidad.

Acrónimos

- **AFE:** Análisis Factorial Exploratorio.
- **AFC:** Análisis Factorial Confirmatorio.
- **APA:** American Psychological Association.
- **ASPCAT:** Agencia de Salud Pública de Cataluña.
- **ASSIST:** *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.*
- **ASIST-Y:** versión para jóvenes de la prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.
- **AUC:** Área bajo la curva, en inglés **ROC**.
- **AUDIT:** *Alcohol Use Disorders Identification Test.*
- **CAST:** *Cannabis Abuse Screening Test.*
- **CeASAR:** *Center for Adolescents Substance Abuse Research.*
- **CE Can Llupià:** Centro Educativo Can Llupià.
- **CEJFE:** Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- **CFI:** *Comparative Fit Index.*
- **CRAFFT:** Test adicciones para adolescentes.
- **DAST:** *Drug Screening Questionnaire.*
- **DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- **DT:** Desviación estándar
- **ESDIP:** Encuesta de salud y consumo de sustancias en los internados en instituciones penitenciarias de España.
- **ESMIA:** Equipo de Salud Mental y Adicciones.
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria.
- **ESTUDES:** Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria.
- **FTND:** Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina.
- **Ley 27/2001:** Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de Justicia Juvenil.
- **LO 5/2000:** Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- **M:** Valores promedio estadístico.

- **MINI Plus:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **POSIT:** *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers.*
- **POSITUAS:** la subescala de Uso y Abuso de Sustancias del *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT).
- **RD 1774/2004:** Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- **RMSEA:** *Root Mean Squared Error of Approximation.*
- **SASSI:** *Substance Use screening Inventory.*
- **SAVRY:** *Structured Assessment of Violence Risk in Youth.*
- **SD:** Valores de Desviación estándar.
- **SDS:** *Severity of Dependence Scale.*
- **SGD:** Subdirección general de Drogodependencias.
- **SMPRAV:** Área de planificación y proyectos estratégicos de la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima.
- **SRMR:** *Standardized Root-Mean Square Residual.*
- **SSI:** Puntuación específica por sustancia.
- **TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Postraumático.
- **TLI:** *Tucker-Lewis Fit Index.*
- **TSI:** Puntuación Total de la Escala.
- **T.U.S:** Trastorno por uso de sustancias.
- **UNODC:** *United Nations office on Drugs and Crime.*
- **WHO:** *World Health Organisation.*
- **α :** Alpha de Cronbach.

Sumario

1. Introducción	1
2. Hipótesis y objetivos	3
3. Contexto y marco teórico	5
3.1 La justicia juvenil en Cataluña	5
3.2 Las medidas judiciales en justicia juvenil y su finalidad	5
3.3 El Centro Educativo Can Lluçà y sus particularidades	7
3.4 El marco jurídico de la detección y el abordaje de consumo de sustancias tóxicas en los centros de justicia juvenil	9
4. La prevalencia del consumo de sustancias en población joven	11
4.1 El consumo de sustancias en personas jóvenes con medidas judiciales	14
4.2 La relación entre el consumo de sustancias tóxicas y la delincuencia juvenil	17
4.3 Otros factores asociados al consumo de sustancias	18
4.4 La evolución del concepto de trastorno por consumo de sustancias en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) ...	21
4.5 El desarrollo de la herramienta ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>)	23
4.5.1 Experiencia en la aplicación de la herramienta ASSIST en justicia	24
4.5.2 Adaptación del ASSIST en personas menores de 18 años (ASSIST-Young)	26
4.5.3 Diferencias entre el ASSIST adultos v.3 y ASSIST-Young (de 15 a 17 años)	27
4.6 Otros cuestionarios validados en población adolescente para la detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias	30

4.6.1	Subescala de Uso y Abuso de Sustancias (POSITUAS) del <i>Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers</i> (POSIT).....	31
4.6.2	<i>CRAFFT Substance Abuse Screening Test</i>	31
4.6.3	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT)	33
4.6.4	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i> (CAST)	34
4.6.5	Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND).....	34
4.6.6	Escala de severidad de la dependencia (SDS).....	35
4.6.7	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI-KID) .	35
5.	Metodología.....	37
5.1	Unidad de análisis y muestra	37
5.2	Procedimiento	39
5.3	Instrumentos de evaluación.....	39
5.4	Análisis Estadístico	41
5.5	Límites éticos e integridad en el proceso de investigación	41
5.5.1	Tratamiento de datos personales de salud y confidencialidad	42
5.6	Plan de trabajo temporalizado.....	43
6.	Resultados.....	44
6.1	Prevalencia del consumo de sustancias en la población objeto de estudio.....	44
6.2	Estadísticos descriptivos	47
6.3	Validez de constructo	48
6.3.1	Análisis Factorial Exploratorio (AFE).....	49
6.3.2	Análisis factorial confirmatorio (AFC)	50
6.4	Fiabilidad	51
6.5	Validez discriminante	52
6.6	Validez convergente.....	54
6.7	Validez concurrente	59

6.8	Influencia de las variables sociodemográficas y el consumo de sustancias	62
6.9	Relación entre el tipo de delito y el consumo de sustancias.....	67
7.	Discusión	72
7.1	Propiedades psicométricas ASSIST-Y	72
7.2	Prevalencias de consumo.....	74
7.3	Variables sociodemográficas y consumo de sustancias tóxicas	75
8.	Limitaciones y propuestas de futuro.....	77
9.	Referencias bibliográficas.....	80
10.	Anexos	92
10.1	Anexo 1. ASSIST-Y para jóvenes de 15 a 17 años	92
10.2	Anexo 2. ASSIST-Y for young people-Aged 15-17 years.....	98
10.3	Anexo 3. CRAFFT Screening Test (CRAFFT).....	108
10.4	Anexo 4. Cannabis Screening Test (CAST).....	109
10.5	Anexo 5. Test de Fagerström dependencia Nicotina (FTND)	110
10.6	Anexo 6. Severety of Dependence Scale (SDS).....	111
10.7	Anexo 7. MINI-Plus International neuropsychiatric interview	112
10.8	Anexo 8. Formulario recogida datos sociodemográficos	118
10.9	Anexo 9. Documento de consentimiento informado.....	120
10.10	Anexo 10. Estadísticas descriptivas del ASSIST-Y	123
10.11	Anexo 11. Matriz de los componentes rotados mediante la AFE....	124
10.12	Anexo 12. Validez discriminante entre ASSIST-Y y la Entrevista MINI-Plus	126

1. Introducción

La presente investigación ha surgido del trabajo de reflexión e investigación de un grupo heterogéneo de profesionales enmarcados en el Programa de Comunidades de prácticas de los Centros de Justicia Juvenil apoyado por el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE). Este grupo tiene como objetivo general elaborar una guía para la prevención, detección y tratamiento del consumo de sustancias en menores atendidos en los centros de justicia juvenil.

Uno de los objetivos que tiene la guía es mejorar el método de evaluación del consumo de sustancias en el momento en que la persona menor o joven cumple una medida privativa de libertad en un centro de justicia juvenil mediante un instrumento de cribado capaz de discriminar entre el consumo moderado y consumo alto o perjudicial de sustancias.

Para ello, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica a nivel nacional e internacional buscando qué herramientas, cuestionarios o test están validados en personas menores y jóvenes con suficiente validez y fiabilidad para diferenciar entre el consumo moderado y el consumo alto o perjudicial. Además, se ha valorado que estos permitan vincular el tipo de consumo con la intervención terapéutica más idónea para cada caso.

Fruto de esta investigación y de las sinergias con la Subdirección General de Drogodependencias (SGD) de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASCAT) se contactó con Robert Ali, el coordinador del grupo de trabajo que validó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST Working Group, 2002). Nos puso en contacto con su grupo de expertos de la Universidad Adelaide (Australia) que habían validado una versión del ASSIST para ser aplicado en personas menores (10 a 14 años) y para personas jóvenes (15 a 17 años). Precisamente, este grupo ha validado la herramienta en población juvenil que se encuentra en el sistema judicial de menores de Australia. La herramienta ha resultado ser fiable y válida.

El equipo de investigación del ASSIST *working group* nos dio permiso para adaptar y validar la herramienta en nuestro contexto. Para llevar a cabo esta investigación, se necesitaban recursos y apoyo institucional, por ese motivo esta investigación fue presentada en la convocatoria de ayudas a la investigación, estudios y análisis en los ámbitos de las medidas penales, la reinserción y la atención a la víctima, la Administración de justicia, el derecho civil catalán, el ordenamiento jurídico y la ciencia forense (RESOLUCIÓN JUS/3863/2021, de 28 de diciembre), y se nos otorgó la beca enmarcada dentro del Ámbito de la ejecución penal, la mediación penal y la atención a la víctima.

2. Hipótesis y objetivos

La hipótesis que planteamos en esta investigación es que la herramienta ASSIST-Y sea válida para discriminar el consumo de riesgo de sustancias tóxicas en la población atendida en un centro de justicia juvenil en Cataluña y, de esta forma, planificar y desarrollar programas de intervención específica para prevenir, incidir y reducir el consumo de sustancias y, por consiguiente, la gravedad delictiva y la reincidencia.

Por tanto, el objetivo general de esta investigación es la validación y fiabilización de la prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (ASSIST-Young) en personas menores y jóvenes (15 a 17 años) procedentes de un centro de internamiento de justicia juvenil, en concreto, el Centro Educativo Can Lluçà.

Para poder realizar la validación y fiabilización del ASSIST-Young, esta investigación se basa en seis evidencias empíricas, cada una de ellas corresponde a un objetivo específico:

- a) Calcular la prevalencia del consumo de sustancias en la población objeto de estudio.
- b) Evaluar la calidad de las respuestas de los ítems, mediante el análisis descriptivo de los mismos: promedio, desviación estándar, mediana, rango intercuartil, asimetría y curtosis.
- c) Analizar la validez de constructo de la estructura interna mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) cuando se den las condiciones de aplicación de cada uno de los análisis (tamaño muestral, colinealidad, distribución de normalidad multivariable —prueba de Mardia—, la no existencia de *outliers*, etc.).
- d) Evaluar la fiabilidad de las puntuaciones mediante el cálculo de la consistencia interna de las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas de cada sustancia mediante el alfa de Cronbach (Cronbach, 1951).

- e) Establecer la validez discriminante comparando las puntuaciones del ASSIST-Y de los siguientes grupos: bajo riesgo (jóvenes sin problemática de consumo o diagnóstico de TUS); riesgo moderado (jóvenes con diagnóstico de abuso de sustancias según la entrevista MINI-Plus) y alto riesgo (jóvenes con el diagnóstico de dependencia según MINI-Plus).
- f) Probar la validez convergente en función de la relación del ASSIST-Y con otros cuestionarios administrados simultáneamente de referencia en adicciones que evalúen constructos similares. Para conseguir este objetivo se compararán las puntuaciones obtenidas en cada subescala según la sustancia con otros instrumentos que evalúen la misma sustancia mediante el estadístico de correlación de Spearman o Pearson.
- g) Examinar la influencia de variables sociodemográficas, historia de violencia previa, tipos de delito, tipos de medida y reincidencia en las puntuaciones de la prueba el ASSIST-Y.

3. Contexto y marco teórico

3.1 La justicia juvenil en Cataluña

El marco jurídico básico de la justicia juvenil en el Estado español está constituido por la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (LO 5/2000) y, por el Reglamento que la desarrolla, aprobado por Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio (RD 1774/2004). Desde la aprobación de la LO 5/2000 hasta la actualidad, esta ha sido objeto de ocho modificaciones posteriores que han supuesto, en la mayoría de las ocasiones, un endurecimiento de las consecuencias jurídicas, un cierto cambio de tendencia sobre el redactado inicial y una resignificación de los derechos de las víctimas.

El marco normativo de justicia juvenil en Cataluña se completa con la aprobación de la Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de Justicia Juvenil (Ley 27/2001). Esta Ley, tiene por objeto regular las funciones que debe cumplir la Administración de la Generalitat de Cataluña en la ejecución de las medidas adoptadas por los y las jueces y los tribunales en el marco de la LO 5/2000, y en el despliegue de los programas destinados a apoyar los procesos de reinserción de las personas que se encuentran dentro del ámbito de su aplicación. Su finalidad, tal y como establece el artículo 2, es promover la integración y la reinserción social de las personas menores y jóvenes a las que se aplica, mediante las actuaciones y los programas que se llevan a cabo en su interés, que deben tener un carácter fundamentalmente educativo y responsabilizador.

3.2 Las medidas judiciales en justicia juvenil y su finalidad

Según la LO 5/2000 son responsables penales las personas mayores de 14 años y menores de 18 años por la comisión de los hechos delictivos contemplados en el Código Penal o leyes penales especiales. Las medidas que se pueden acordar como respuesta a la comisión de delitos realizados por los y las menores de edad responsables penalmente están tasadas a la misma y,

solo pueden ser acordadas por los jueces y juezas de menores, como resultado del procedimiento judicial especial previsto para menores infractores e infractoras.

Todas las medidas imponibles quedan recogidas, por orden de restricción de derechos, en el artículo 7 de la LO 5/2000. Estas se engloban en tres tipos: las medidas privativas de libertad de carácter educativo o terapéutico, medidas no privativas de libertad de carácter educativo o terapéutico y las medidas no privativas de libertad restrictivas de determinados derechos.

Atendiendo a la muestra del presente estudio, indicaremos las medidas privativas de libertad, puesto que son las que se ejecutan en los centros de justicia juvenil:

- Internamiento en régimen cerrado.
- Internamiento en régimen semiabierto.
- Internamiento en régimen abierto.
- Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto.
- La permanencia de fin de semana en el centro.

Todas estas medidas de internamiento pueden ser impuestas judicialmente de forma cautelar cuando existan indicios racionales de la comisión del delito, riesgo de eludir u obstruir la justicia o riesgo de volver a atentar contra la víctima. Las medidas cautelares pueden durar hasta que se dicte la sentencia, pero en el caso de las medidas de internamiento pueden acordarse por un máximo de seis meses, prorrogables hasta nueve.

La Ley catalana 27/2001, establece que las medidas deben promover en las personas menores y jóvenes infractoras la responsabilidad de los propios actos y la comprensión del efecto que estos tienen sobre los demás, como estímulo del proceso del cambio de su conducta, así como la integración y la reinserción social, mediante programas de carácter educativo y responsabilizador.

Además, esta ley contempla una serie de principios inspiradores de la ejecución de medidas que vienen recogidos en su artículo 6, como por ejemplo:

- el respeto al libre desarrollo de la personalidad;
- la adecuación de las actuaciones a la edad, las circunstancias personales y sociales de las personas menores y de los y las jóvenes;
- el fomento de la colaboración de la familia, representantes legales o tutoras y tutoras;
- el carácter preferentemente interdisciplinario en la toma de decisiones que afecten a la persona menor o joven, entre otros.

3.3 El Centro Educativo Can Llupià y sus particularidades

El Centro Educativo Can Llupià (en adelante, CE Can Llupià), creado mediante la ORDEN JUS/68/2007, de 20 de marzo, en Barcelona, es un centro de justicia juvenil que depende de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil del Departamento de Justicia, Derechos y Memoria de la Generalitat de Cataluña.

La actividad del CE Can Llupià en el ejercicio de las funciones, reguladas por la Ley 27/2001, tiene como objetivos fundamentales la atención socioeducativa individualizada, la integración y la reinserción social de las personas menores y jóvenes sentenciadas a medidas de internamiento, mediante la aplicación de programas educativos y, también, la custodia de todas las personas internadas con medidas cautelares o definitivas. Por tanto, en este centro se pueden cumplir todas estas medidas y, con las finalidades descritas, aunque las medidas de internamiento en régimen abierto se cumplirán preferentemente en centros abiertos.

Con el fin de conseguir sus objetivos, el CE Can Llupià tiene una previsión de ocupación máxima de 74 menores y jóvenes de género masculino, distribuidos en 4 unidades de convivencia. Además, el centro cuenta con una unidad de ingresos en la que se realiza la acogida de todos los menores y jóvenes que

llegan procedentes de libertad o trasladados de otros centros, durante un breve período de tiempo, facilita el estudio y la asignación a una de las cuatro unidades citadas.

En comparación con el resto de centros, el CE Can Llupià tiene diversas particularidades a tener en cuenta, puesto que algunas de ellas han incidido en la recogida de la muestra del presente estudio. CE Can Llupià es el centro que normalmente recibe a los menores y jóvenes procedentes de libertad, dado que es el designado para la ejecución de medidas cautelares y definitivas en un primer momento. Solo en casos excepcionales, los chicos pueden ingresar directamente en otros centros. Por tanto, es donde la inmensa mayoría de menores y jóvenes que pasan por los centros de justicia juvenil experimentan la adaptación a la pérdida de su derecho de libertad deambulatoria, la dinámica y normativa de centro, así como la adquisición de nuevos hábitos. Dependiendo de la edad y del tipo de medida impuesta, el menor podrá continuar el cumplimiento en el CE Can Llupià o será derivado a otro centro, ya sea por ser más cercano a su domicilio o, para que sea más adecuado para el cumplimiento de la medida según el mapa de centros establecido por la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y Justicia Juvenil. Por tanto, es un centro que deriva al resto de centros cuando las circunstancias del menor o joven así lo aconsejen y, a veces, este traslado a otros centros puede ser a los pocos días de su llegada al CE Can Llupià.

Asimismo, el hecho de que CE Can Llupià sea el centro donde normalmente los menores y jóvenes inician sus medidas de internamiento, hace que los equipos multidisciplinares del centro sean los encargados de evaluar los factores de riesgo y protección que los menores y jóvenes presentan en ese momento inicial del cumplimiento de la medida. Una vez identificados los factores de riesgo sobre los que es preciso incidir con el objetivo, de promover la mejora tanto a nivel individual como social del joven, se elabora el plan de trabajo individualizado en el que se establecen los objetivos a alcanzar y las acciones a llevar a cabo para conseguirlo.

3.4 El marco jurídico de la detección y el abordaje de consumo de sustancias tóxicas en los centros de justicia juvenil

La identificación del consumo de sustancias tóxicas, el establecimiento de programas especializados y el abordaje en los centros de justicia juvenil, se contemplan como imperativos dirigidos a los estados, a través de la normativa internacional. Están establecidas como obligaciones legales y reglamentarias en las administraciones públicas encargadas de la ejecución de las medidas de internamiento acordadas por los jueces y juezas de las personas menores, con el objetivo de promover su integración y reinserción social.

La Convención sobre los Derechos del Niño (adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989), ratificada por el Estado español en 1990, indica en su artículo 33 que los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas las legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a las personas menores contra el uso de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la producción y el tráfico.

Las Reglas de Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad (Reglas de La Habana, 1990) indican, en su artículo 51 que los servicios médicos deberán tratar de detectar y tratar toda enfermedad física o mental, todo uso indebido de sustancias químicas y cualquier otro estado que pudiera constituir un obstáculo para la integración del o la joven en la sociedad. Asimismo, en su artículo 54 refiere que los centros de detención de personas menores tendrán que organizar programas de prevención del uso indebido de drogas y de rehabilitación administrado por personal cualificado. Estos programas tendrán que adaptarse a la edad, al género y a otras circunstancias de los y las menores interesados/as. Además, se tendrán que ofrecer servicios de desintoxicación dotados de personal cualificado para las personas menores o jóvenes que presenten dependencia a sustancias tóxicas o alcohol. Por último, el artículo 55 indica que «solo se administrarán medicamentos para un tratamiento necesario o por razones médicas y cuando pueda, después de obtener el consentimiento debidamente informado del o la menor».

A nivel estatal, la LO 5/2000, hace referencia concreta al abordaje del consumo de sustancias en su artículo 7 letra d) cuando regula el internamiento terapéutico en las diferentes regímenes en que puede acordarse y, indica que se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan (...) un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas o psicotrópicas (...).

La Ley 27/2001 hace referencia a los programas de actuación especializada en su artículo 53, siendo la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil mediante el artículo 99.3 letra a) de la Circular 1/2008, sobre disposiciones comunes de funcionamiento de los centros educativos (actualizada con el último anexo de 2021), que dispone que en los proyectos educativos de los centros que determine la Dirección General tendrán que desarrollarse los programas de actuación especializada de tratamiento de drogodependencias y otras adicciones.

4. La prevalencia del consumo de sustancias en población joven

El consumo de sustancias tóxicas es un fenómeno transversal presente en nuestra cultura que incide de forma directa en una gran variedad de ámbitos y multitud de colectivos, siendo especialmente más vulnerables las personas jóvenes y adolescentes, que por la baja conciencia de riesgo, acaban sufriendo graves consecuencias, tanto por sí mismas, como para terceras personas.

En la sociedad actual, el consumo de sustancias tóxicas se ha convertido en un factor presente en la socialización de los y las adolescentes (Uceda-Maza y col., 2016) que naturalizan este consumo en sus espacios de relación y socialización inmediatos (escuela, trabajo, entorno social, etc.) (Kelly y col., 2015).

Sin embargo, en términos de salud pública, la carga asociada a los trastornos por consumo de sustancias y alcohol es mayor entre la población adolescente y adulta joven (Degenhardt y col., 2010; Whiteford y col., 2010). En la sociedad occidental, cada vez hay más estudios que ponen de relieve que el consumo abusivo o problemático de alcohol y sustancias tóxicas en la población adolescente es una de las principales causas de discapacidad, muerte prematura y otras consecuencias negativas como son los problemas sociales y familiares, el aumento de daños físicos y mentales y la delincuencia (Toumbourou y col., 2007; Hingson y Zha, 2009; Ybrandt, 2010; Danielsson y col., 2012).

Cabe mencionar que existen pocos estudios sobre el consumo de sustancias entre adolescentes de países de ingresos bajos y medios, especialmente en África subsahariana (UNODC, 2012). Según informes recientes, las tasas de uso de sustancias ilícitas y bebidas peligrosas son altas y pueden seguir aumentando en estos países (Peltzer y col., 2007; Shield y col., 2013; UNODC, 2012; Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2002).

España es uno de los países con mayor flujo de menores y jóvenes inmigrantes no acompañados procedentes de los países magrebíes y subsaharianos. Estos jóvenes presentan consumos abusivos de sustancias tóxicas a edades tempranas y se ha visto que tienen menos oportunidades y acceso a viviendas, escolaridad, ocupación y acaban residiendo en zonas segregadas y económicamente desfavorables. Todos estos factores provocan un aumento del riesgo de consumo perjudicial de sustancias (Crum y col., 1996; Borjas, 1998; Åslund y col., 2011).

Desde el año 1994, en España se realiza de forma bianual una amplia encuesta con el objetivo de conocer la situación y las tendencias en el consumo de sustancias tóxicas y otras adicciones entre los y las estudiantes de 14 a 18 años que están cursando la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Al mismo tiempo, la metodología utilizada es similar a la que se usa en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones a nivel internacional (ESTUDES 1994-2021).

En estos estudios transversales que se realizan desde hace más de 20 años se puede ver cómo el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre esta población (73,9 % ha consumido alguna vez en la vida y el 53,6 % durante último mes). La segunda sustancia es el tabaco (38,2 % ha fumado alguna vez en la vida, 23,9 % en el último mes y un 9 % a diario). La tercera sustancia es el cannabis (28,6 % alguna vez en la vida, 14,9 % últimos 30 días y 1,6 % a diario). Cabe puntualizar que se observó un descenso en el consumo de estas tres sustancias el año pasado.

Pero la cuarta sustancia más consumida y que ha ido aumentando en los últimos 5 años entre la población adolescente son los hipnosedantes (tranquilizantes o somníferos) sin receta médica. Se ha observado que el 19,6 % de los estudiantes encuestados han tomado alguna vez en su vida, el 3,6 % en el último mes y el 1,4 % a diario.

La siguiente sustancia ilegal más consumida es el éxtasis (el 3,1 % ha consumido alguna vez en la vida, el 1,8 % último mes y 0,6 % a diario). El consumo de cocaína en polvo o base ha ido descendiendo hasta llegar al

porcentaje más bajo históricamente registrado (2,8 % alguna vez en la vida, 0,6 % último mes). El resto de sustancias psicoactivas (derivados mórficos, GHB, esteroides, anfetaminas, metanfetaminas, heroína, alucinógenos, inhalantes volátiles, etc.) se sitúan por debajo del 1 % alguna vez en la vida.

Además, el consumo de cannabis ha ido aumentando significativamente en esta población, siendo la primera sustancia ilegal a nivel internacional más consumida, después del alcohol y el tabaco. El consumo de cannabis se asocia con un aumento del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta y psicosis (Gage y col., 2016; Mustonen y col., 2018). Este riesgo aumenta en relación con la frecuencia de consumo y la potencia del cannabis (Di Forti y col., 2019).

Ciertamente, el consumo de cannabis se asocia al consumo de otras sustancias tóxicas y adicciones y a otros efectos adversos como son: ansiedad, depresión, problemas de atención, accidentes de tráfico, enfermedades respiratorias como el asma, incluidos efectos cardiovasculares agudos como el infarto agudo de miocardio (Volkow y col., 2014; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2017). Por último, se ha estimado que el 8 % de la incidencia de esquizofrenia en personas jóvenes podría estar relacionada con el consumo de cannabis (Feeney y Kampman, 2016).

Por estos motivos, en la encuesta sobre el uso de drogas en la educación secundaria en España (ESTUDES, 1994-2021) desde el año 2006 se ha incluido la escala *Cannabis Abuse Screening test* (CAST) que, mediante los puntos de corte diferencia entre población que tiene un consumo problemático de cannabis de la que no lo tiene. En la última encuesta, se ha observado un aumento de dos puntos porcentuales en el consumo dañino de cannabis entre la juventud de 14 a 18 años, siendo del 17,8 %.

A su vez, se ha observado que entre los consumidores problemáticos de cannabis existe un vínculo comportamental con el consumo intensivo de alcohol. Estos presentan el doble de *binge drinking*¹ y borracheras en el último

¹ Se refiere al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión (ESTUDES 1994-2021, pp.29).

mes que los consumidores no problemáticos, exponiéndose a un mayor riesgo de sufrir accidentes e intoxicaciones graves.

En conclusión, debe tenerse en cuenta que estas encuestas recogen población adolescente entre los 14 y 18 años que están escolarizadas y cursando sus estudios. Por tanto, las personas jóvenes con problemas sociales y, especialmente, con problemas con la Justicia, no suelen estar reflejados en estas encuestas, dado que están realizando programas de formación e inserción laboral o presentan absentismo, siendo refractarios del sistema escolar y quedando fuera del alcance de las encuestas.

4.1 El consumo de sustancias en personas jóvenes con medidas judiciales

Existe mayor prevalencia y problemática de consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas entre la población que tiene problemas con la justicia, tanto en el ámbito de adultos como en la justicia juvenil, si lo comparamos con la población general. Además, la mayoría de estas personas reconocen que la última vez que delinquieron lo hicieron bajo los efectos de estas sustancias (Bañuls-Oncina y col., 2019; McReynolds y col., 2010; Arroyo Fernández y col., 2012).

En Cataluña, no existe un observatorio que recoja los datos epidemiológicos sobre el consumo de sustancias tóxicas en población que cumpla medidas judiciales en la jurisdicción de los y las menores como tampoco en la etapa adolescente ni en las personas adultas jóvenes. Así pues, los datos que se disponen provienen de las encuestas de salud y consumo de sustancias tóxicas administradas a las personas internadas en instituciones penitenciarias de España (ESDIP, 2016) y, por tanto, pertenecen a población adulta.

En estas encuestas puede verse cómo la población reclusa inicia el consumo de sustancias tóxicas a edades más tempranas que la población general, unos dos años antes en la mayoría de sustancias y entre 6 y 13 años de diferencia en inhalantes y tranquilizantes.

En cuanto al consumo de sustancias previo al ingreso en prisión, estos eran el doble o el triple en comparación con la población general. Por ejemplo, el consumo de cannabis durante el último año era del 42,2 % en población reclusa frente a 9,2 % población general; el de cocaína en polvo (30,7 % frente a 1,9 %), los tranquilizantes (15,7% frente a 2,3 %) y las anfetaminas (7,3 % frente a 0,5 %).

Lamentablemente, esta falta de datos epidemiológicos de consumo de sustancias en población en centros de justicia juvenil no permite obtener información útil para desarrollar y evaluar, en base a conocimiento, programas de intervención adecuados para prevenir, incidir y reducir el consumo de sustancias y, consecuentemente, la gravedad delictiva y la reincidencia.

Sobre esta necesidad de evaluación y gestión del riesgo de reincidencia, el Departamento de Justicia cuenta, desde el año 2009, con una herramienta validada y sustentada empíricamente como es la valoración estructurada de riesgo de violencia en jóvenes basada en la *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY y col., 2003).

Esta herramienta tiene 24 ítems agrupados en 4 factores de riesgo: históricos, sociales o contextuales, individuales y de protección. Dentro de los factores de riesgo individuales, se evalúan los problemas con los consumos de sustancias como el alcohol y otras sustancias tóxicas. La codificación de esta problemática contiene una valoración en función de la descripción cualitativa de cada ítem y puede clasificarse como baja, moderada o alta.

En 2010 se obtuvo por primera vez, mediante la herramienta SAVRY, datos relacionados con problemas de consumo de sustancias en los y las menores atendidos en justicia juvenil (Blanch Serentill y col., 2017). Los autores extrajeron que la gran mayoría de los jóvenes que cumplían un internamiento presentan un riesgo moderado o alto en este factor (84,1 %). Mientras que la proporción de las personas jóvenes de libertad vigilada era casi la mitad (46,5 %), pero reincidían en mayor proporción que los y las jóvenes con bajo riesgo de consumo de sustancias.

Si se comparan estos datos con los extraídos en 2020 de una muestra de 306 menores y jóvenes internados en el CE Can Llupià, los resultados muestran que el 53,27 % (n=163) presentan un riesgo alto en problemática de consumo de sustancias y el 27,8 % (n=81) un riesgo moderado. Por tanto, el 81 % del total de la muestra presenta consumo problemático de drogas. Al mismo tiempo, este factor ha sido codificado como crítico en el 50 % (n=153) de los jóvenes. Si, además, evalúan el consumo de sustancias en los jóvenes reincidentes (n=271), el riesgo en problemas de consumo de sustancias es significativamente mayor, siendo del 88,56 % (68,4 % alto riesgo y 34,6 % moderado). Por tanto, el consumo de sustancias tóxicas sigue siendo una de las variables que tiene un peso importante en las conductas delincuenciales y en la reincidencia (datos obtenidos del Área de Planificación Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima, SMPRAV, 2020).

Estos datos ponen de relieve que la gran mayoría de esta población ha experimentado antes del ingreso en el centro dificultades graves relacionadas con el consumo de alcohol o sustancias tóxicas, es decir, abuso frecuente de sustancias o antecedentes de agresiones o violencia previa bajo los efectos de sustancias.

Si comparamos estos datos con los que se han obtenido sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria en jóvenes de 14 a 18 años (ESTUDES, 1994-2021), la prevalencia de consumo de sustancias entre la población adolescente de la misma edad en los centros educativos de justicia juvenil, se triplican y aparecen consumos abusivos de las mismas, con patrones de policonsumo y consumo de psicofármacos. En concreto, en 2020 de los 306 jóvenes de entre 14 y 18 años que ingresaron en el CE Can Llupià, el 55,5 % (n=166) presentaban trastorno por uso de sustancias y requirieron tratamiento psicofarmacológico y terapéutico. De estos, el 50 % presentaban adicción a la cocaína, el 17 % al cannabis, el 7 % a los inhalantes y el 5 % a los hipnosedantes y el 5 % a los derivados anfetamínicos (Datos obtenidos del Equipo de Salud Mental y Adicciones, ESMIA).

4.2 La relación entre el consumo de sustancias tóxicas y la delincuencia juvenil

En el caso de la justicia juvenil, varios estudios que también evidencian la multicausalidad de aparición, tanto de la conducta delictiva como del consumo de sustancias tóxicas y la relación entre ambas, en la línea que a mayor incidencia delictiva, mayor dependencia en el consumo de sustancias.

De hecho, el consumo de sustancias tóxicas es uno de los factores de riesgo sobre el que existe más acuerdo en la literatura científica respecto a la capacidad de predicción de las conductas delictivas, así como de su capacidad de predicción del riesgo de reincidencia (Monteiro, 2018; Blanch Serentil y col., 2017; Uceda-Maza y col., 2016; Jiménez-Martos y Rosser Liminañol, 2013; López y Rodríguez-Arias, 2012).

Ciertamente, la correlación entre el consumo de sustancias y la delincuencia es directamente proporcional, puesto que el aumento del abuso y la dependencia se ve traducida en una mayor probabilidad de cometer infracciones penales y de verse involucrados en dinámicas exponenciales que refuerzan el binomio consumo de sustancias-delitos (Uceda-Maza y col., 2016).

Un buen ejemplo son las investigaciones llevadas a cabo sobre violencia filioparental de Pagani y col. (2004 y 2009) y Loinaz y col., (2020), que encontraron asociaciones predictivas significativas entre niveles elevados de consumo de sustancias y agresiones físicas o verbales hacia la madre y el padre. En concreto, los y las adolescentes que informaban de un alto consumo de sustancias duplicaban el número de agresiones físicas hacia los padres y se mostraban más desinhibidos a nivel verbal cuando había un conflicto a nivel familiar.

Por estos motivos, el consumo problemático de sustancias es uno de los factores de riesgo individual que se valora en el momento en que un joven ingresa en un centro de justicia juvenil, puesto que se ha visto una relación empíricamente directa asociada con las conductas disociales, delincuenciales y el riesgo de reincidencia.

Por último, no podemos obviar que existen otros factores presentes que están detrás de ambos comportamientos, el delictivo y el de consumo de sustancias tóxicas, como situaciones de vulnerabilidad familiar o de exclusión social o un síndrome de comportamiento antisocial general (Contreras y col., 2012, Valenzuela y Larrouret, 2010; Esbec y Echeburúa, 2016).

4.3 Otros factores asociados al consumo de sustancias

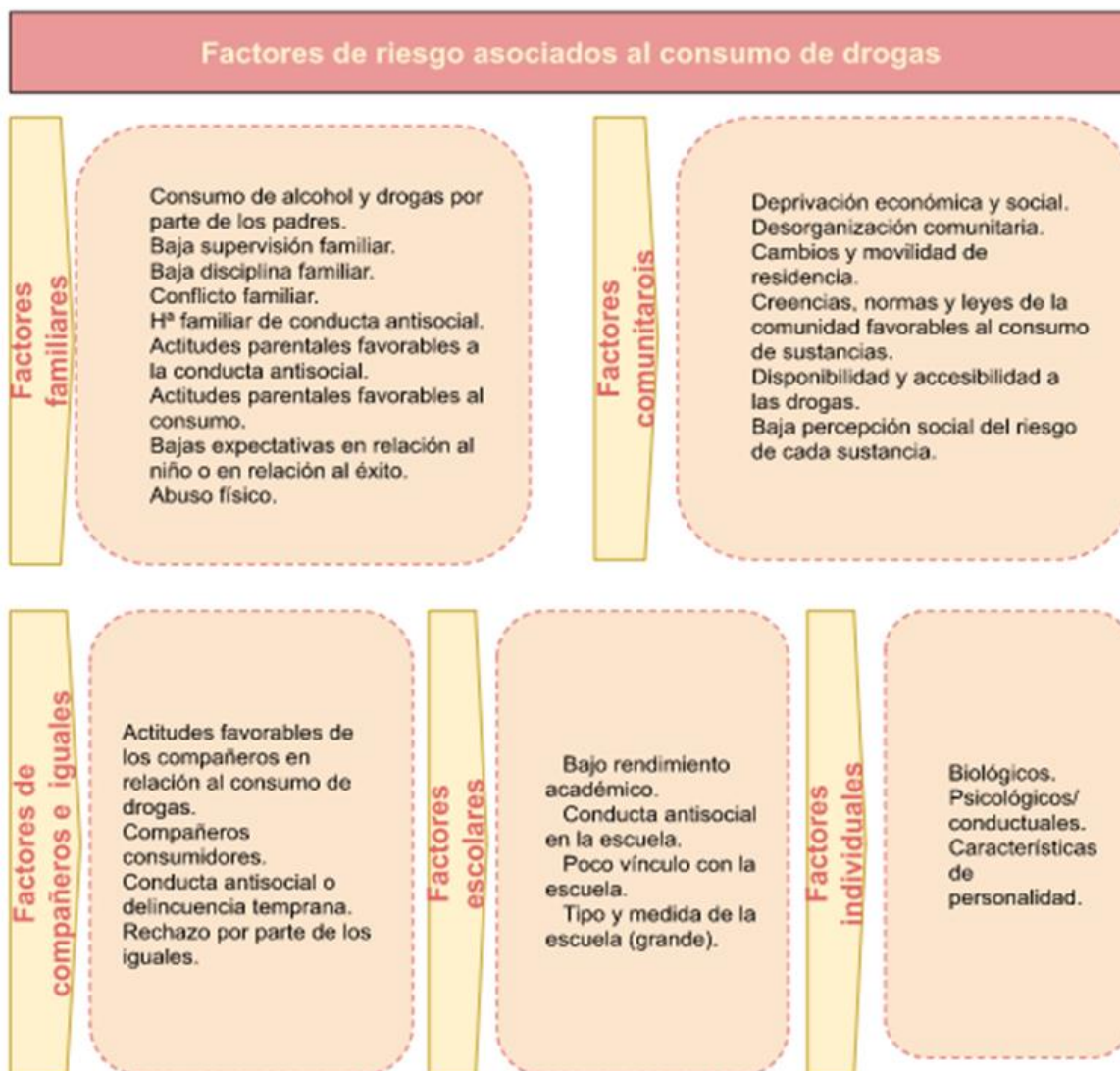
La delincuencia y el consumo de tóxicos se relacionan más o menos directamente con los estilos de vida, patrones de comportamiento y factores de vulnerabilidad del sujeto en momentos evolutivos especialmente críticos como son la adolescencia y la juventud (Walters, 2014; Esbec y Echeburúa, 2016).

Becoña y Cortés (2016) elaboraron una amplia revisión de los factores de riesgo y protección más relevantes en el consumo de sustancias y los agruparon en 5 categorías: factores familiares, comunitarios, de los/as compañeros/as iguales, escolares e individuales (ver figura 1).

Según Uceda-Maza y col., (2016) el consumo de sustancias se ve influenciado por el contexto social en el que se encuentran las personas menores, en concreto, destacan el consumo de sustancias en el grupo de iguales y la existencia de problemática de consumo en los progenitores u otros miembros de la familia.

Asimismo, en ocasiones la delincuencia y consumo de sustancias tóxicas se relacionan, más o menos, directamente con los estilos de vida, patrones de comportamiento y factores de vulnerabilidad del sujeto en momentos evolutivos especialmente críticos como la adolescencia y juventud (Walters, 2014; Esbec y Echeburúa, 2016).

Figura 1. Cuadro resumen de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas



Fuente: autoras, adaptado de Becoña y Cortés, 2016

En la misma línea, López y Rodríguez-Arias (2012) evaluaron los factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias y la conducta antisocial en una muestra de 2.440 alumnos, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

Los resultados mostraban que los factores de riesgo y de protección con mayor capacidad predictiva son fundamentalmente aquellos relativos al individuo y al grupo de iguales.

El estudio reciente de Yurrebaso y col., (2022) analizó los factores de riesgo y de protección propuestos por el Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD, Redondo, 2008) utilizando una muestra de población española de 44 personas jóvenes de entre 14 y 18 años. Los resultados respecto a los riesgos individuales y de personalidad con mayor presencia son: la búsqueda de sensaciones y experiencias arriesgadas y la baja tolerancia a la frustración. Estos autores también observan una mayor predisposición en este grupo de estudio a la impulsividad, la intranquilidad y el egocentrismo.

Por último, en cuanto a los riesgos asociados con las carencias prosociales, las personas menores habían iniciado la carrera delictiva de forma precoz (primera detención a los 14 años), convivían en un barrio con problemas sociales y el grupo de iguales estaba relacionado con la delincuencia. En relación a la familia, predominaba una tendencia a un entorno conflictivo. En lo que se refiere a las conductas infractoras y delictivas realizadas por los y las menores, destacaban los comportamientos antisociales o desviados como el inicio precoz del consumo de sustancias legales e ilegales y el mantenimiento de estos consumos.

En el estudio *Juvenile Justice Mental Health Services* (Thomas y Penn, 2002) llevado a cabo en los centros de justicia juvenil de EE.UU., hallaron una mayor prevalencia de trastornos mentales, emocionales y comportamentales en las personas jóvenes internadas en comparación con los datos de la población general. El diagnóstico de trastorno de conducta representa entre el 30 y el 90 %, el trastorno por uso de sustancias está presente en el 62 % de las personas jóvenes, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el 7 y 46 % de la población estudiada, los trastornos por ansiedad entre el 8 y el 36 % de las personas jóvenes y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) u otros trastornos relacionados con el estrés en el 32 % de los y las adolescentes.

En el estudio de reincidencia de los y las jóvenes con trastorno mental atendidos en el sistema de justicia juvenil de Cataluña elaborado por Siñol y col., (2018), los resultados mostraban que las personas jóvenes con trastornos

relacionados con el consumo de sustancias (es decir, con patrón dependencia e independientemente de la gravedad de la patología comórbida detectada), presentan una reincidencia del 53,5 %, siendo el grupo con la segunda reincidencia global más elevada, solo superada por los y las jóvenes con trastorno mental severo (60 %).

4.4 La evolución del concepto de trastorno por consumo de sustancias en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)

En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la quinta edición del DSM. Aunque se han mantenido muchos puntos de las ediciones anteriores, existen algunas diferencias en relación con la clasificación de los trastornos dedicados al consumo de sustancias tóxicas.

A continuación, exponemos estas diferencias de forma esquemática (tabla 1).

Tabla 1. Resumen de las diferencias más significativas entre DSM-IV y DSM-V

DSM-IV	DSM-V
<p>El capítulo dedicado al consumo de sustancias se titula “<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>” y se divide en:</p> <p>a) Trastorno por consumo:</p> <p>a) Dependencia.</p> <p>b) Consumo.</p> <p>b) Trastornos inducidos por sustancias:</p> <p>a) Intoxicación.</p> <p>b) Abstinencia.</p>	<p>Cambia la nomenclatura del trastorno y pasa a llamarse “<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>.” Se divide en:</p> <p>a) Trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>b) Trastornos inducidos por sustancias.</p>
<p>En cuanto al consumo de alcohol, se divide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso de alcohol. Dependencia en el alcohol. 	<p>En relación con el alcohol, integra abuso y dependencia en un único trastorno por consumo de alcohol.</p>
<p>Distingue entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso (consumo continuado que ocasiona problemas en 	<p>No separa diagnóstico de abuso y dependencia.</p> <p>El trastorno se entiende ahora como la</p>

DSM-IV	DSM-V
<p>diferentes esferas de la personal o pone en peligro la propia vida o de los demás).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia (patrón desadaptativo de consumo que comporta deterioro o malestar clínicamente significativo). 	<p>suma de los criterios de abuso y dependencia que hacía el DSM-IV.</p> <p>Se entiende que el abuso y la dependencia siguen existiendo pero como un continuum, no como un estado estático de la persona.</p>
<p>El umbral para establecer diagnóstico: uno o varios criterios por abuso de sustancias y de tres o más por diagnóstico de dependencia.</p>	<p>DSM-V habla de severidad del cuadro clínico: leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco) y grave (más de seis).</p> <p>Se ha sugerido que la categoría baja equivale a la clasificación de abuso realizada en el manual anterior, y las de moderadas y severas, a la clasificación de dependencia.</p>
<p>DSM-IV incluye doce sustancias: alcohol, alucinógenos, anfetamina, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes/hipnóticos o ansiolíticos, otras sustancias o desconocidas.</p>	<p>Las sustancias pasan a ser diez: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos) inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, (sustancias anfetamínicas, cocaína, otras estimulantes (o desconocidas).</p>
<p>Habla de intoxicación por cafeína e intoxicación por consumo de cannabis.</p>	<p>La abstinencia de cannabis y la abstinencia por consumo de cafeína pasan a ser nuevos trastornos.</p>
<p>La abstinencia en la cafeína estaba incluido en el Apéndice B como criterios y ejes propuestos por estudios posteriores.</p>	
<p>No incluye el criterio de <i>craving</i> o deseo intenso por consumir la sustancia como criterio de dependencia.</p>	<p>Incluye como novedad el concepto de <i>craving</i> o deseo intenso por consumir y lo añade como criterio.</p>
<p>Incluye el criterio de problemas legales o con la justicia como criterio de dependencia.</p>	<p>Elimina el criterio de problemas legales.</p>

4.5 El desarrollo de la herramienta ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*)

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió la validación a nivel mundial del *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) con el objetivo de validar un instrumento de cribado rápido que permitiera identificar a aquellas personas que están en riesgo de sufrir daños en su salud debido al consumo de sustancias.

La herramienta ASSIST fue desarrollada por un grupo internacional de expertos especialistas en adicciones (WHO ASSIST Working Group, 2002). El cuestionario final está compuesto por ocho preguntas que establecen puntos de corte para clasificar el consumo de 10 sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, hipnosedantes sin prescripción médica, inhalantes, opioides o derivados mórficos y otras sustancias) en riesgo bajo, riesgo moderado o perjudicial.

Otra consideración relevante es que la herramienta ASSIST está pensada para diseñar y aplicar la intervención más adecuada y necesaria para ayudar a la persona con consumo moderado y perjudicial de sustancias a tomar conciencia. Esta acción se realiza mediante la información de las puntuaciones obtenidas en las diferentes sustancias, iniciando un debate abierto con la persona mediante los fundamentos de la entrevista motivacional² para que la persona acepte consejo breve y, en caso de consumo perjudicial, una intervención intensiva especializada.

Otro punto a destacar es que el ASSIST puede utilizarse de forma independiente para evaluar el consumo de sustancias en población general o en colectivos de alto riesgo con consumos de sustancias. También, se puede usar para monitorizar el progreso de una persona consumidora de sustancias a lo largo del tiempo.

² La entrevista motivacional fue desarrollada por Miller y Rollnick, 1991, tiene como objetivo ayudar a las personas a cambiar una conducta problemática y tiene cuatro fundamentos básicos: expresar empatía, crear discrepancia entre la conducta actual y objetivos futuros, evitar la discusión y, finalmente, dar un giro a la resistencia (Bennett, 1992)

Además, el ASSIST ha mostrado una elevada sensibilidad y especificidad para discriminar a la población con patrón de dependencia de la población con patrón de abuso. Es un instrumento culturalmente neutro, de forma que puede aplicarse a personas procedentes de diferentes países, culturas y géneros. Es un instrumento fácil y ágil de aplicar y está pensado para que profesionales no expertos en adicciones puedan utilizarlo e identificar a la población objeto de intervención especializada (WHO ASSIST Working Group, 2002).

El ASSIST ha sido validado con población española por Valladolid y col. (2014) y con población ingresada con trastornos de salud mental por López-Lazcano y col. (2021), resultó altamente fiable por la detección de problemática de consumo de sustancias, tanto en atención primaria como en unidades de hospitalización. Sin embargo, esta herramienta tiene la dificultad que está pensada para ser utilizada en población adulta de 18 hasta los 60 años.

4.5.1 Experiencia en la aplicación de la herramienta ASSIST en justicia

A nivel internacional, se ha discutido en los últimos 20 años la importancia de incluir herramientas estandarizadas y validadas por el cribado del consumo de sustancias como buenas prácticas en los centros de justicia. Esto viene dado por la relación estadística predictiva entre el consumo abusivo y perjudicial de sustancias con riesgo de reincidencia o la escalada de conductas infractoras o delincuenciales en esta población (Thomas y col., 2015 y Taxman y col., 2007).

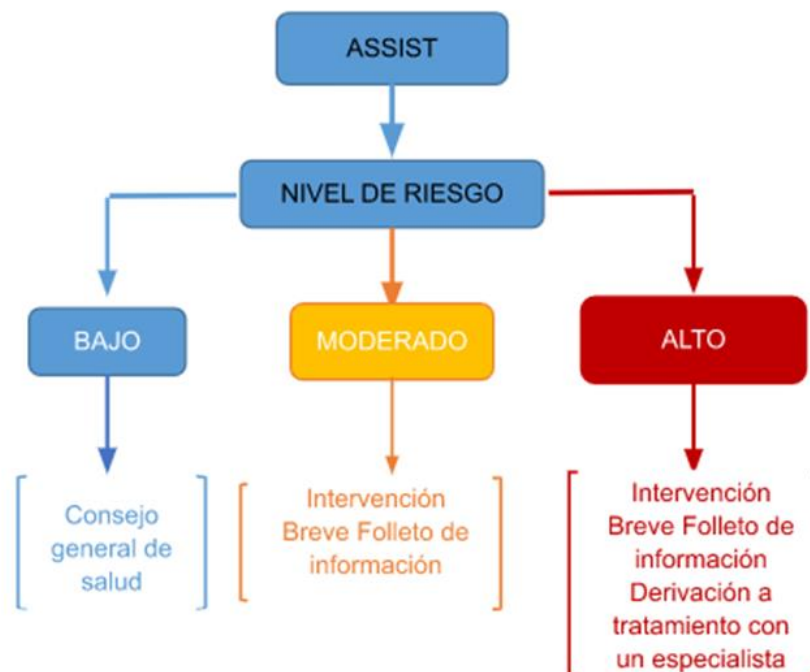
A lo largo de estos años, se han ido desarrollando diferentes herramientas que han sido validadas y utilizadas en los diferentes centros de justicia de adultos como el *Substance Use screening Inventory* (SASSI); el *Drug Screening Questionnaire* (DAST) o el *Severity of Dependence Scale* (SDS), entre otros. A pesar de esta proliferación de herramientas, existe la duda de si están sirviendo para mejorar el tratamiento y la intervención en las personas privadas de libertad (Latessa y col., 2002).

Las dudas en relación con la aplicabilidad de estas herramientas de cribado son: falta de tiempo que tienen algunos técnicos de justicia para poder administrarlas; preocupación relativa a que la mayoría de estos profesionales no se sienten debidamente formados o capaces para poder intervenir ante el

consumo problemático de sustancias; la preocupación que tienen los profesionales al saber cómo encajar el cribado y la intervención breve³ con otras intervenciones o necesidades criminológicas y, por último, la preocupación de que las respuestas que den las personas enjuiciadas no sean honestas o puedan reaccionar de forma hostil o poco colaboradora (Humenuik y col., 2016).

Recientemente, Humenuik y col., (2016) de la Universidad de Adelaide (Australia), han llevado a cabo una investigación para evaluar la factibilidad y la eficacia de la herramienta ASSIST en adultos privados de libertad en el sur de Australia. El resultado concluye que la herramienta ASSIST es adecuada para evaluar el riesgo de consumo de sustancias en personas privadas de libertad o que están cumpliendo con una medida judicial. Además, los profesionales de justicia pueden intervenir de forma fácil y práctica, estructurada y eficaz dependiendo del patrón de consumo obtenido en las puntuaciones finales del cuestionario ASSIST (ver figura 2).

Figura 2. Diagrama de flujo del tipo de intervención según el patrón de consumo de sustancias (adaptado de Humenuik y col., 2016)



³ La Intervención breve fue definida por la Organización Mundial de la Salud como una intervención de corta duración (entre 5 y 15 minutos) que da *feedback* o retroalimentación y consejos de salud en las personas que presentan consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y otras sustancias tóxicas con el objetivo de que reduzcan o eliminen el consumo.

4.5.2 Adaptación del ASSIST en personas menores de 18 años (ASSIST-Young)

El mismo grupo de expertos que ha validado la herramienta ASSIST en población reclusa Australiana, con el apoyo de la OMS han adaptado la versión ASSIST de adultos a una versión para usarla en menores de 10 a 14 años y otra versión, para utilizarla en jóvenes de 15 a 17 años. (Humenuik, y col., 2016).

Para la adaptación y validación de la herramienta en jóvenes se siguieron 4 fases:

1. Revisión extensa de la literatura científica en relación a cuestionarios validados para esta población y eficacia de las intervenciones breves en población adolescente.
2. Cálculo aproximado de posibles respuestas en jóvenes.
3. Panel de expertos que determinen puntos de corte, revisen los ítems y vinculen con las intervenciones breves y los supuestos de la entrevista motivacional más adecuadas para producir un cambio en el consumo de riesgo de sustancias tóxicas que presenten las personas menores y jóvenes. En este caso, se ha contado con 8 expertos, 7 profesionales expertos en salud comunitaria y 1 psiquiatra experto en adolescentes y consumo de sustancias.
4. Desarrollo de la primera versión del cuestionario, elaborado en un lenguaje facilitador para jóvenes.

Gracias a esta investigación, se ha podido desarrollar la versión del cuestionario ASSIST-Young (15 a 17 años) y se ha creado una guía con el material de apoyo necesario para que personas no expertas en adicciones puedan pasar el cuestionario y puedan llevar a cabo las intervenciones y los consejos motivacionales adecuados para esta población (ver anexo 1 y 2).

4.5.3 Diferencias entre el ASSIST adultos v.3 y ASSIST-Young (de 15 a 17 años)

La versión para personas jóvenes mantiene la estructura del ASSIST de adultos, pero existen diferencias significativas.

La primera diferencia está en el número de preguntas y el contenido de las mismas. La versión del ASSIST-Young para jóvenes de 15 a 17 años contiene 7 preguntas, una menos que el ASSIST de adultos que contiene 8. Pero, además, algunas de ellas se han adaptado completamente a las fases del desarrollo de la juventud y especialmente quieren detectar aquellos consumos que no son de uso recreativo y ocasional de las sustancias.

También, hay que mencionar que las preguntas van dirigidas a detectar los problemas más frecuentes que se pueden observar en esta población cuando existe un consumo alto o abusivo, como son: la aparición de problemas en el rendimiento escolar, problemas conductuales, peleas o discusiones familiares, reducción del peso, problemas de salud mental (ansiedad, depresión o trastornos psicóticos), fugas de casa o de la escuela, vivir en la calle o en casas ocupadas y tener problemas con la policía o con la justicia.

La principal diferencia entre la versión del ASSIST para adultos y la versión para jóvenes de 15 a 17 años se encuentra en la reformulación de la pregunta 3 y la eliminación de la pregunta 7. A continuación, razonamos estos cambios:

Se ha cambiado completamente la pregunta 3 de la versión adulta del ASSIST, dado que esta valora las ansias o la necesidad imperiosa de consumir la sustancia, lo llamado en la cultura anglosajona como *craving*. El *craving* o las ansias por consumir son un indicador muy relevante para evaluar la dependencia a la sustancia en personas adultas, pero no suele ser un buen indicador en los jóvenes. Específicamente, en la versión del ASSIST-Y, esta pregunta se ha reelaborado con el objetivo de determinar si una persona joven ha pasado de utilizar las sustancias por sus efectos de refuerzo positivo, como por el uso recreativo y social, a utilizar sustancias para sus efectos negativos de refuerzo (por ejemplo, para no pensar, para conseguir dormir o para evitar

emociones o situaciones estresantes desagradables). De esta forma, se pregunta lo siguiente: ¿has consumido cuando has estado lejos de tus situaciones sociales habituales o de tus amigos (por ejemplo, cuando estás solo/a)? Si la respuesta es que sí, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto en los últimos tres meses?

Se ha eliminado la pregunta 7 de la versión adulta del ASSIST, dado que pregunta sobre los intentos fallidos de controlar, reducir o detener el uso de sustancias. Esta pregunta es un indicador de pérdida de control y de dependencia más característico en población adulta que tiene una historia de consumo de sustancias a largo plazo y, por tanto, es una pregunta irrelevante para hacerla a las personas jóvenes, dado que estas tienen menos probabilidades de tener un consumo de sustancias a largo plazo y, por tanto, menos probabilidad de ser dependientes o haber experimentado intentos fallidos de dejar de consumir. Además, se valoró que esta pregunta a nivel conceptual era más compleja que las demás preguntas y podía resultar difícil responder.

La segunda diferencia entre la versión ASSIST de adultos y la de jóvenes son los puntos de corte y el nivel de consumo. Los puntos de corte de la versión para jóvenes son mucho más conservadores, dado que los riesgos del consumo en menores y jóvenes son mucho más altos: todavía se están desarrollando y, por tanto, presentan una mayor vulnerabilidad a experimentar consecuencias negativas a corto plazo y a desarrollar dependencia a largo plazo (ver tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en las puntuaciones de corte por sustancia según versión ASSIST adultos (18+) y ASSIST-Young (15-17 años)

ASSIST adultos/jóvenes	Riesgo Bajo		Riesgo Moderado		Riesgo alto	
	adultos	jóvenes	adultos	jóvenes	adultos	jóvenes
Tabaco	0-3	0-1	4-26	2-11	27+	12+
Alcohol	0-10	0-4	11-26	5-17	27+	18+
Cannabis	0-3	0-1	4-26	2-11	27+	12+
Cocaína	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Anfetaminas tipos estimulantes	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Inhalantes	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Hipnosedantes	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+
Alucinógenos	0-3	0-1	4-26	2-8	27+	9+
Opioides	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+
Otras sustancias	0-3	0-1	4-26	2-6	27+	7+

La tercera diferencia importante en la versión de menores y jóvenes es que se ha eliminado la categoría de “riesgo bajo” (con excepción al consumo bajo de alcohol). Esto es así porque se considera que cualquier consumo de sustancias en estas edades puede afectar al desarrollo de la persona menor o joven poniéndola en situación de riesgo a nivel personal, familiar o escolar.

La cuarta diferencia es que los expertos, basándose en la evidencia y la bibliografía consultada, han realizado cambios en los folletos de información de la versión adulta del ASSIST para aumentar tanto la claridad como la relevancia. Los riesgos asociados a cada sustancia se han clasificado como “a corto plazo” frente a “a largo plazo” para ayudar a facilitar la discusión con la persona joven consumidora. También, se pone más énfasis en los riesgos inmediatos asociados al consumo de sustancias y en aquellas cuestiones identificadas como más importantes o destacadas para los jóvenes (ver anexo 2).

En resumen, en la versión ASSIST-Y para jóvenes se ha simplificado y adaptado el lenguaje y se han incluido apuntes adicionales para facilitar la comprensión por parte de las personas jóvenes entrevistadas.

4.6 Otros cuestionarios validados en población adolescente para la detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias

La existencia de unas cifras de prevalencia elevadas de consumo de las diferentes sustancias, unidas a unas edades de inicio cada vez más tempranas (Golpe y col., 2017) no hace más que reforzar la necesidad de una detección precoz del consumo alcohol y otras sustancias tóxicas.

Para identificar en la población adolescente los riesgos que presentan y los efectos nocivos del consumo de sustancias tóxicas, es crucial tener acceso a herramientas de cribado validadas que puedan aportarnos información relevante de la problemática existente, así como que sean de fácil administración. En las dos últimas décadas, se han creado instrumentos capaces de detectar el consumo de riesgo, pero muestran ciertas limitaciones, como describe Babor (2002).

Entre las principales limitaciones figuran: el tiempo requerido para administrarlos, la identificación del tipo de sustancia problema y su enfoque sobre la dependencia pasando por alto las situaciones de jóvenes que, aun no siendo dependientes, tienen problemas.

Por eso, resulta clave contar con herramientas de cribado que, además de estar adaptadas a nuestro país, presenten unas propiedades psicométricas contrastadas, sean breves, sencillas y fáciles de aplicar en una población cada vez más joven (Källmén y col., 2019). En este sentido, ASSIST-Y cuenta con estas características que la convierten en una herramienta especialmente útil en este contexto.

Sin embargo, cabe destacar que el ASSIST-Y no es la única herramienta de cribado empleada con población juvenil a nivel internacional. Existen otras que se han identificado como útiles: la subescala de Uso y Abuso de Sustancias (POSITUAS) del *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT); el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) y su forma abreviada AUDIT-C; el *CRAFFT Substance Abuse Screening Test* (Caro, Relax,

Alone, Forget, Friends, and Trouble); el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) y la *Severity of Dependence Scale* (SDS).

La fiabilidad y validez de estos cuestionarios, escalas y test como instrumentos de cribado han sido evaluadas previamente en diversos estudios a nivel internacional (D'Amico y col., 2016).

Al fin y al cabo, se hace necesario, por tanto, disponer de instrumentos de cribado suficientemente contrastados a nivel internacional, debidamente traducidos y adaptados a nuestra cultura y, a la vez, con suficiente aval empírico-psicométrico (García y col., 2016).

4.6.1 Subescala de Uso y Abuso de Sustancias (POSITUAS) del *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT)

Esta escala se ha validado en una muestra de más de 500 estudiantes españoles de 12 a 18 años, en la que los resultados obtenidos permiten informar de que posee un excelente comportamiento psicométrico, tanto a nivel de consistencia interna ($\alpha=.82$) como de sensibilidad (94,3 %) y especificidad (83,9 %), con un área bajo la curva AUC de .953. Asimismo, la realización de un Análisis Factorial Confirmatorio permite constatar el carácter unidimensional de la escala (Araujo y col., 2018). Una limitación de esta herramienta es que no discrimina la tipología de sustancia tóxica asociada a la problemática de consumo abusivo, sino que señala si la persona joven a la que se le administra el instrumento tiene o no problemática genérica en consumo de sustancias tóxicas.

4.6.2 CRAFT *Substance Abuse Screening Test*

Es otra de las herramientas más utilizadas para el *screening* del consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias en adolescentes (Mitchell y col., 2014). Este instrumento de aplicación rápida y sencilla fue desarrollado en Boston, por *Center for Adolescent Substance Abuse Research* (CeASAR) (Knight y col., 1999) con el objetivo de identificar de forma temprana a personas de 12 a 21 años que presentan un alto riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de

alcohol u otras sustancias. Está constituido por 6 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), precedidos de 3 ítems adicionales que actúan de filtro, que son puntuados con un 1 o un 0 en función de si el/la adolescente responde afirmativamente o no. La puntuación teórica de la escala oscila entre 0 y 6, siendo 2 el punto de corte establecido, por sus autores originales (Knight y cols., 1999), para identificar un consumo de riesgo de sustancias tóxicas.

En el estudio original de Knight y col. (2002), el punto de corte óptimo de la escala CRAFFT resultó ser igual o superior a 2, con una sensibilidad de .76 y una especificidad de .94. El alfa de Cronbach fue de .68. El estudio de Cummins y col. (2003), llevado a cabo en Alaska, para un punto de corte igual o superior a 2, la sensibilidad fue de .95 y la especificidad de .86; y el alfa de Cronbach fue de .81. En la validación francesa, Bernard y col. (2005) reportaron que para un punto de corte igual o superior a 4, la sensibilidad resultó ser igual a .72 y la especificidad de .68.

En un estudio realizado en Singapur, con una muestra multiétnica de Malasia, India y China, con un punto de corte igual o superior a 2, se encontró una sensibilidad de .64 y una especificidad de .84, la escala mostró un alfa de Cronbach de .73 (Subramaniam y col., 2010). En Noruega, Skogen y col. (2013), reportaron que para un punto de corte igual o superior a 2, la sensibilidad fue de .41, la especificidad de .90 y el alfa de Cronbach fue de .67. En la validación para Colombia, Cote-Menendez y col. (2013), reportaron una sensibilidad de .95, una especificidad de .83, el alfa de Cronbach resultó de .89.

Por último, la validación del CRAFFT en España se ha realizado a través de un estudio con 312 adolescentes de entre 12 y 18 años de la comunidad gallega, donde los resultados obtenidos, similares a los encontrados en otros países, permiten informar que la versión española del CRAFFT presenta un buen comportamiento psicométrico. A nivel de consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach satisfactorio de .74. En cuanto a la sensibilidad y especificidad, se obtuvieron unos valores del 74,4 % y el 96,4 % respectivamente, con un área bajo la curva AUC de .946 (Rial y col., 2018) (ver anexo 3).

Una de las limitaciones es que el CRAFFT tampoco discrimina entre el consumo de riesgo del consumo problemático y otra es que no discrimina entre consumo de alcohol de otras sustancias tóxicas.

4.6.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Durante 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó a un grupo de investigadores el desarrollo de un instrumento de cribado simple para el consumo de alcohol (Saunders y col., 1993). El resultado de este estudio, que implicó a seis países, fue el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol (Bohn y col., 1995).

El AUDIT resultó ser fiable y válido (en los distintos países) para la detección de consumos de riesgo y consumos nocivos del alcohol con dos puntuaciones como mejor punto de corte. Tomando el 8 como punto de corte para la detección de consumos de riesgo, se observó una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 78 % (media de los seis países participantes). En cuanto al diagnóstico de dependencia del alcohol, un 99 % de las personas con dependencia obtuvieron puntuaciones de 8 o más (Contel Guillamón y cols., 1999).

Un estudio de Coulton y col. (2017) con población adolescente inglesa de edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, atendidos en urgencias, en la versión abreviada del AUDIT (AUDIT-C), con una puntuación de 3, se detectó una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 97 % para el consumo de alcohol de riesgo. Mientras, la herramienta AUDIT completa fue más eficaz a la hora de identificar la dependencia del alcohol en población adolescente con una sensibilidad del 96 % y una especificidad del 94 %.

Esta herramienta resulta muy útil para el rápido cribado en contextos de salud, como atención primaria, servicios de urgencias o encuestas de salud dirigidas a población joven. La única inconveniencia es que solo mide el consumo de alcohol y no las otras sustancias tóxicas.

4.6.4 Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

En estos últimos años, algunas de las encuestas que se realizan entre la población juvenil o general para detectar el consumo de sustancias tóxicas han empezado a incorporar escalas para medir la dependencia o consumo problemático de cannabis, dado su elevado uso entre las personas jóvenes. En concreto, en Francia se desarrolló el *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*, un cuestionario de 6 preguntas, entrevistando a más de 1.200 estudiantes entre los 14 y los 22 años. Desde su creación, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines. Cuenca y col. (2012) encontraron resultados similares a los estudios franceses con una alfa de Cronbach para el consumo abusivo de cannabis de .735 y fue validada con población adolescente española con resultados similares (Klempova y col., 2009). Además, desde 2006 se ha incorporado en las encuestas poblacionales sobre el consumo de sustancias (ESTUDES 1994-2021) (ver anexo 4).

Aunque el CAST solo evalúa el consumo del cannabis, es una herramienta que detecta y clasifica el consumo de riesgo del consumo problemático de esta sustancia en población entre los 14 y 18 años. Resulta muy útil para poder intervenir en esa población.

4.6.5 Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND)

Finalmente, pero no menos importante, debería tenerse presente una herramienta para poder cuantificar el grado de dependencia de la nicotina de los adolescentes. El Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND) fue elaborado en 1978 por el Dr. Karl Fagerström, uno de los especialistas más reconocidos en la lucha contra el tabaquismo y experto en los efectos nocivos para el organismo del consumo de tabaco (Carrasco y col., 1994). Actualizado en las últimas décadas, hoy es el método más sencillo para determinar el nivel de adicción a la nicotina en una persona fumadora. Consta de 6 preguntas fáciles de responder en población joven con una puntuación que va de 0 a 10 puntos (ver anexo 5).

4.6.6 Escala de severidad de la dependencia (SDS)

La *Substance Dependence Severity Scale* (SDSS) es una entrevista clínica semiestructurada y heteroadministrada, cuyo objetivo es evaluar la gravedad de la dependencia en términos dimensionales. Tiene una versión para los criterios de DSM-V y otra para la CIE-10.

Tal y como plantean los autores de la SDS, esta escala ha sido diseñada con una doble finalidad: servir como instrumento de evaluación inicial de la gravedad de la dependencia y, al mismo tiempo, como indicador de resultado terapéutico sobre este trastorno. Para este doble fin, los autores introdujeron dos cambios respecto a otras escalas que evalúan el diagnóstico de abuso y dependencia: en primer lugar, establecieron un sistema de evaluación dimensional en el que la gravedad de cada ítem se puntúa mediante diferentes alternativas de respuestas y, por último, establecieron como referencia temporal en los últimos 30 días, con el objetivo de poder detectar cambios en la gravedad de la dependencia a causa de las intervenciones terapéuticas (Vélez-Moreno y col., 2013).

Diferentes estudios psicométricos han aportado resultados que avalan su fiabilidad y han aportado evidencias de validez (Miele y col. 2001) y, está incluido entre los instrumentos de evaluación utilizados por el *National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network* (Rosa y col., 2012). En España, se ha realizado un estudio con una muestra de 146 pacientes y la escala mostró propiedades psicométricas adecuadas en términos de sus índices de discriminación y de consistencia interna ($\alpha=.881$ para alcohol; $\alpha=.814$ para cocaína; $\alpha=.531$ para cannabis; $\alpha=.785$ para heroína). Sin embargo, los resultados en cuanto a la evaluación del abuso fueron deficientes (ver anexo 6).

4.6.7 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI-KID)

MINI-KID es una entrevista diagnóstica estructurada breve que fue desarrollada en Estados Unidos para explorar 24 trastornos, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM), en personas menores y

adolescentes, que cuenta con un alto grado de validez y fiabilidad. Para mantener su brevedad, la MINI-KID se centra en la existencia de trastornos actuales y, para cada uno de ellos, hay una o dos preguntas de detección descartando el diagnóstico cuando el entrevistado da una respuesta negativa (ver anexo 7).

5. Metodología

Para la validación del cuestionario ASSIST-Young (15-17 años), se ha partido de un diseño multivariante dado que ha mostrado ser útil para el desarrollo de instrumentos de medida. Se ha encuadrado la investigación en un estudio transversal que se llevó a cabo en el centro de internamiento cautelar de justicia juvenil CE Can Llupià, en Barcelona, Cataluña. Este centro recoge a menores y jóvenes de género masculino de 14 a 18 años o más que cumplen una medida privativa de libertad, procedentes de toda Cataluña.

5.1 Unidad de análisis y muestra

Se han incluido todos aquellos menores o jóvenes que iniciaron el cumplimiento de la medida privativa de libertad en el CE Can Llupià desde el 1 de diciembre de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2022. En total, ha habido 187 ingresos de menores y jóvenes en el centro (ver figura 3).

Los criterios de exclusión de los jóvenes por su participación han sido:

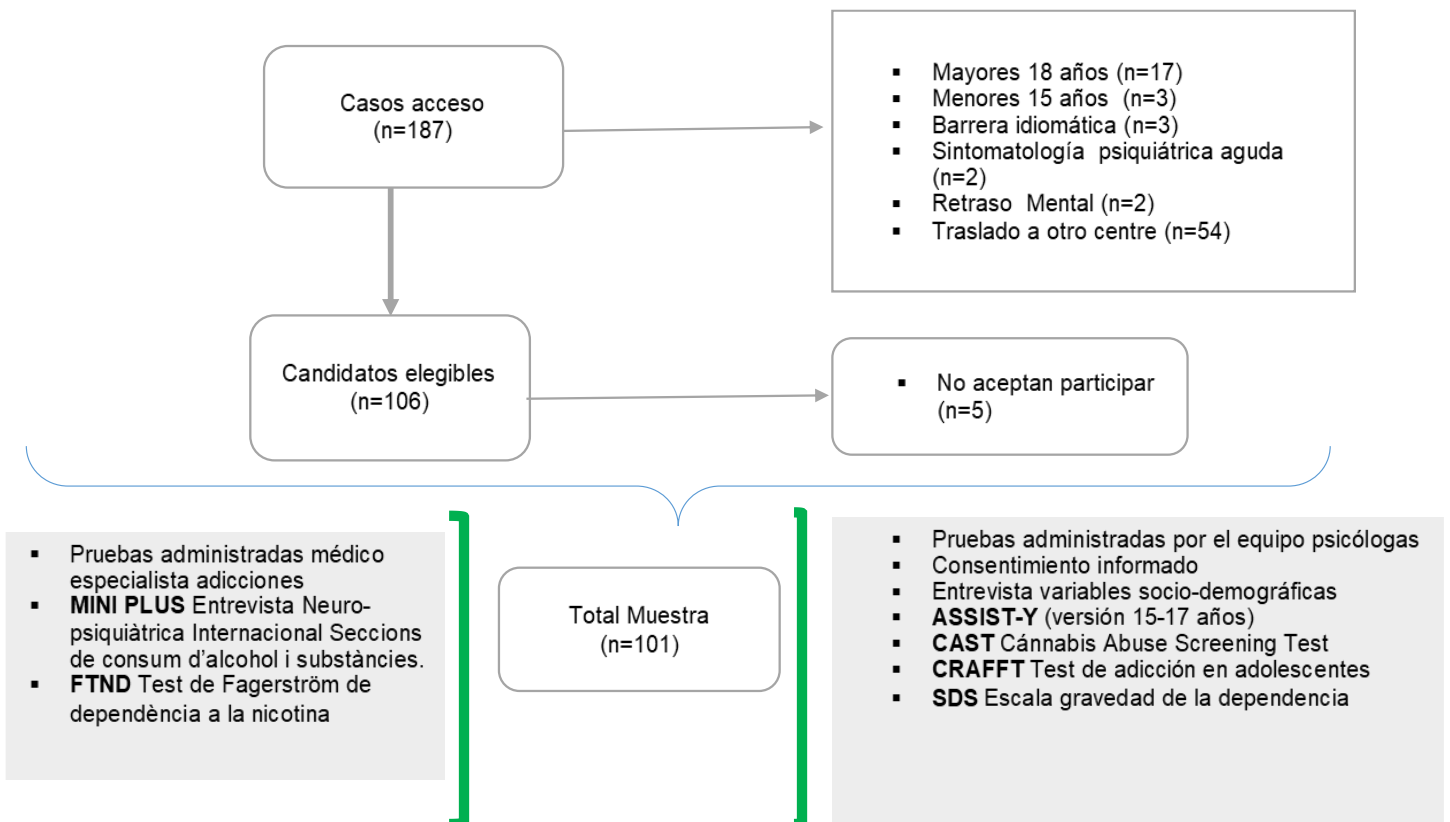
- a) Que el menor o joven lleve ya más de 3 meses privado de libertad (se han excluido 27 casos)⁴.
- b) Que su edad sea inferior a 15 o mayor o igual a 18 años (se han excluido 20 casos; 3 casos de 14 años y 17 casos de 18 años)⁵.
- c) Que el menor o joven o su familia no faciliten su consentimiento por la participación en este estudio (5 casos no han dado su consentimiento).
- d) Que el internamiento en el centro tenga una duración inferior a 15 días (traslados a otros centros, internamientos para asegurar audiencias judiciales, levantamiento de la medida, entre otros).

⁴ La evaluación del consumo de sustancias en el ASSIST-Young evalúa el consumo en los últimos 3 meses, por este motivo, la muestra de menores y jóvenes que llevan más de 3 meses privados de libertad quedan excluidos, dado que se presupone que en el centro de internamiento no pueden consumir sustancias tóxicas, excepto el tabaco.

⁵ Se ha descartado la muestra de menores y jóvenes de edades inferiores a 15 años y superiores a 18 años por la validación del cuestionario dado que no se contaba con suficiente muestra para las demás versiones del ASSIST.

- e) Que el menor o joven presente síntomas psiquiátricos agudos no estabilizados.
- f) Que el menor o joven presente diagnóstico de discapacidad intelectual o diagnóstico de deterioro cognitivo por abuso de sustancias u otras enfermedades orgánicas.
- g) Que existan barreras idiomáticas que dificulten la comunicación. El centro cuenta con dos mediadores interculturales, que hablan francés y árabe. Sin embargo se han excluido 3 casos de habla rumana, holandesa y sueca.

Figura 3. Diagrama de flujo del reclutamiento de candidatos y batería de pruebas aplicadas a la muestra candidatos (n=101)



5.2 Procedimiento

Esta investigación sigue el protocolo desarrollado por el grupo de validación de la versión ASSIST-Young (Humenuk y col., 2016) y cuenta con el visto bueno de sus autores.

La validación del cuestionario seguirá de forma rigurosa los pasos descritos por la validación de cuestionarios (Martínez, 2005) en consonancia con los estándares del *American Psychological Association* (APA) y del *American Research Association* (AERA).

5.3 Instrumentos de evaluación

Los instrumentos a utilizar están estructurados en función de dos etapas procedimentales que, además, corresponden a dos fuentes diferenciadas de la obtención de la información.

Fase 1. Los participantes, una vez reclutados, fueron entrevistados por las psicólogas del equipo técnico. Estas fueron las encargadas de pedir el consentimiento informado, realizar la entrevista y recoger los datos sociodemográficos (ver anexo 8) y administrar la siguiente batería de test:

- Cuestionario de cribado de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST-Young) versión 15 a 17 años.

Es un cuestionario que evalúa el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, inhalantes, estimulantes tipo anfetamina, sedantes o hipnóticos, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias. Las preguntas del test evalúan la frecuencia del consumo de cada sustancia en los últimos tres meses y, al mismo tiempo, evalúa si este consumo le ha producido problemas escolares, familiares, sociales, legales o de salud. Por último, el cuestionario da una puntuación que clasifica con un nivel muy alto de sensibilidad y especificidad, al menor o joven, con consumo de bajo riesgo, riesgo moderado y riesgo alto o posible dependencia. Estas puntuaciones oscilan dependiendo de la sustancia (tabla 2). Sin embargo, una de las ventajas de este test es que da una retroalimentación sobre el patrón de consumo y da un consejo breve de

salud con la intencionalidad de generar discrepancia y reducir los riesgos en esta población joven (ver anexo 2).

- Test de adicción en adolescentes (*CRAFFT*)

Es una herramienta de cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias diseñada específicamente para adolescentes. Está compuesta por 6 ítems dicotómicos (sí/no) con un rango de puntuación de 0-1 y un máximo de 6 puntos. Una puntuación por encima de 2, con una sensibilidad (74,4 %) y una especificidad (96,4 %) clasificaría al joven o menor como consumo de riesgo (ver anexo 3).

- *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*

Es una escala de cribado del consumo problemático de cannabis para adolescentes de 14 a 18 años. Está compuesta por 6 preguntas. Una puntuación por encima de 4 indica uso problemático de cannabis. Es una escala ampliamente validada en su versión castellana y que se utiliza desde 2006 en las encuestas poblacionales sobre el consumo de sustancias (ESTUDES 1994-2021) (ver anexo 4).

- Prueba de dependencia en la nicotina de Fagerström (2012)

El objetivo de esta prueba formada por tan solo 2 preguntas es estimar el nivel de adicción de los fumadores basándose en la cantidad de cigarrillos que consumen y la compulsividad a la hora de fumar, midiendo los tiempos que pasa una vez despiertan y fuman el primer cigarrillo. Esta escala se utiliza en las encuestas de Salud de Cataluña (ESCA, 2020) (ver anexo 5).

- Escala de la gravedad de la dependencia (*SDS*)

Es una escala que mide el grado de dependencia a las sustancias tóxicas que tome el menor o joven. Está formada por 5 ítems codificados en una escala tipo Likert con un rango de puntuación que oscila entre 0 y 3. La puntuación máxima será de 15 puntos. Una puntuación por encima de 4 indicaría una posible dependencia en la sustancia (ver anexo 6).

Fase 2. Todos los jóvenes reclutados por el equipo técnico fueron posteriormente evaluados por un médico especialista en adicciones, que desconocía las puntuaciones obtenidas en el ASSIST-Y y el resto de test. Este evaluador externo realizó un diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (T.U.S.) mediante la entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) de Ferrando y col. (1998), que evalúa el consumo de alcohol y otras sustancias siguiendo los criterios del DSM-IV y del CIE-10. Esta entrevista semiestructurada determina si el menor o joven presenta una dependencia o un abuso y si este patrón de consumo es actual o lo ha presentado a lo largo de su vida (anexo 7).

5.4 Análisis estadístico

Todos los datos serán debidamente guardados en una base de datos creada *ad hoc* para esta búsqueda. Una vez introducidas todas las variables el análisis estadístico de las mismas se realizará mediante el paquete estadístico SPSS (*IBM Corp. Released, 2019*), para poder establecer los análisis univariados o bivariados de la investigación, así como las pruebas multivariantes que pueden indicar o establecer aspectos de validación. Además, para realizar el Análisis Factorial Confirmatorio se contará con el paquete AMOS SPSS (versión, 20.0).

5.5 Límites éticos e integridad en el proceso de investigación

En el proceso de estudio e investigación se han respetado los principios y responsabilidades profesionales establecidas en la Declaración de Singapur, elaborada en el marco de la 2.^a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación en 2012 en Singapur, con el objetivo de mantener la integridad y el valor de la investigación.

5.5.1 Tratamiento de datos personales de salud y confidencialidad

El tratamiento de los datos que ha sido necesario dado que la muestra incluye a personas menores y jóvenes y, por tanto, la investigación ha cumplido con la regulación establecida en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento General de Protección de Datos, a partir de ahora RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales.

Este tratamiento de los datos requería una especial atención debido a dos características relevantes. La primera, las personas objeto de la investigación han sido mayoritariamente menores de edad internadas en un centro de justicia juvenil y, la segunda, los datos recogidos han sido principalmente datos sobre salud (definidos en el artículo 4.15 RGPD).

Asimismo, cuando los participantes eran menores de 16 años su consentimiento ha sido asistido por los titulares de la patria potestad o tutela en los casos legalmente establecidos (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia y progenitoras titulares de la patria potestad).

El equipo de investigación creó un consentimiento informado *ad hoc* (ver anexo 9). El documento fue elaborado en un lenguaje cercano y comprensible con el objetivo de que los interesados pudieran comprender el alcance de su participación en la investigación y la cesión de sus datos. Se ha utilizado la pseudonimización con un código alfanumérico como medida técnica, con el objetivo de conseguir la finalidad objeto de la investigación.

5.6 Plan de trabajo temporalizado

Esta investigación ha seguido de forma rigurosa el plan de trabajo propuesto.

Tabla 3. Cronograma

Tareas/Año y mes	2021			2022										
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fase I. Planteamiento														
Elaboración Proyecto														
Fase II. Marco teórico														
Revisión bibliográfica														
Construcción Marco teórico														
Fase III: Recogida de datos														
Elaboración de base de datos														
Consentimiento informado														
Introducción de datos														
Análisis estadístico														
Fase IV. Resultados														
Discusión de resultados														
Conclusiones y propuestas														
Redacción informe final														
Present./publicación resultados														

6. Resultados

6.1 Prevalencia del consumo de sustancias en la población objeto de estudio

El cuestionario ASSIST-Y nos permite calcular la prevalencia de consumo de diez sustancias tóxicas en la pregunta 1 “¿Cuál de las siguientes sustancias has probado alguna vez, a lo largo de tu vida?” y en la pregunta 2 “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia has consumido las sustancias que has mencionado en la primera pregunta (nunca, una o dos veces, una vez al mes, una vez a la semana, cada día o casi cada día)?”.

Tabla 4. Prevalencia de consumo población analizada (n=101)

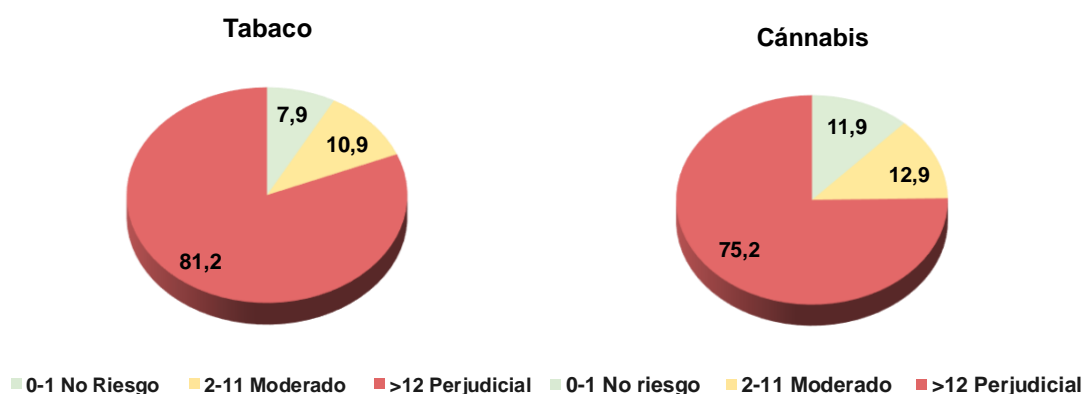
	Alguna vez en la vida		Últimos tres meses							
			Cada día		Una vez a la semana		Una vez al mes		Una o dos veces	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Tabaco	95	96	85,5	86	5	5	1	1	1	1
Alcohol	92,1	93	11,9	12	30,7	31	17,8	18	16,8	17
Cannabis	94,1	95	73,3	74	6,9	7	1	1	5,9	6
Cocaína	49,5	50	8,9	9	16,8	17	3	3	10,9	11
Anfetaminas	50,5	51	10,9	11	11,8	12	6,9	7	7,9	8
Inhalantes	36,6	37	1	1	3	3	2	2	5,9	6
Sedantes	56,4	57	18,8	19	12,9	13	5,6	6	9,9	10
Alucinógenos	30,7	31	2	2	2	2	2	2	7,9	8
Opioides	16,8	17	1	1	2	2	1	1	5	5
Otros	30,7	31	9,9	10	7,9	8	3	3	5,9	6

Como puede verse en la tabla 4, las sustancias más consumidas cada día o casi todos los días son: el tabaco (85,5 %), el cannabis (73,3 %) y los sedantes sin prescripción médica (18,8 %). El consumo de alcohol tiene un uso más recreativo, dado que el 31 % lo consume una vez a la semana, especialmente, en momentos de ocio nocturno y tan solo un 11,9 % a diario.

Una de las ventajas de la herramienta ASSIST-Y es que, mediante los puntos de corte, permite establecer de forma objetiva y diferenciadora el patrón de consumo de las distintas sustancias que consumen los menores y jóvenes que están cumpliendo una medida privativa de libertad.

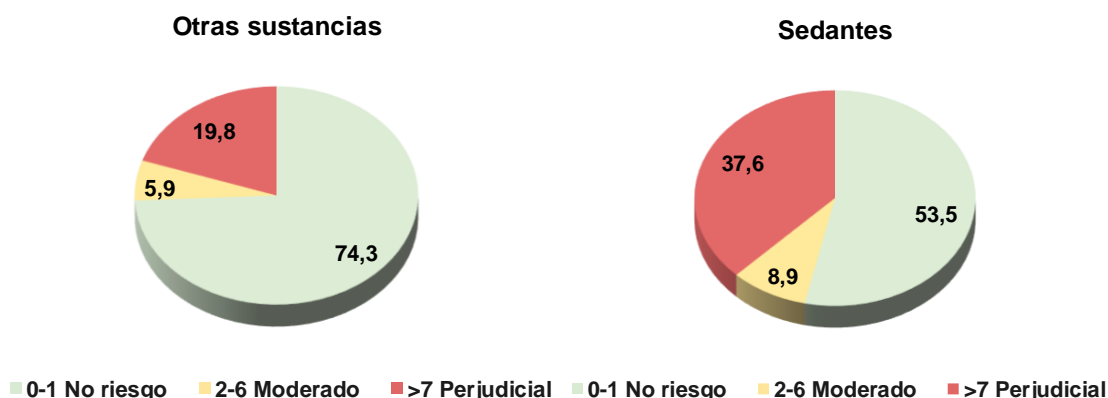
Las dos sustancias más consumidas en la muestra objeto de estudio han sido el tabaco y el cannabis. Existiendo una relación coincidente entre los fumadores de alto riesgo de tabaco y de cannabis en el 75,2 % (ver gráfico 1). De los consumidores de alto riesgo de tabaco, el 15 % presenta una elevada dependencia y el 24 % moderada según la escala FTND. En cuanto a los consumidores de alto riesgo de cannabis, el 52,5 % (n=53) presentan criterios de dependencia según el CAST.

Gráfico 1. Prevalencia de consumo alto y moderado de tabaco y cannabis



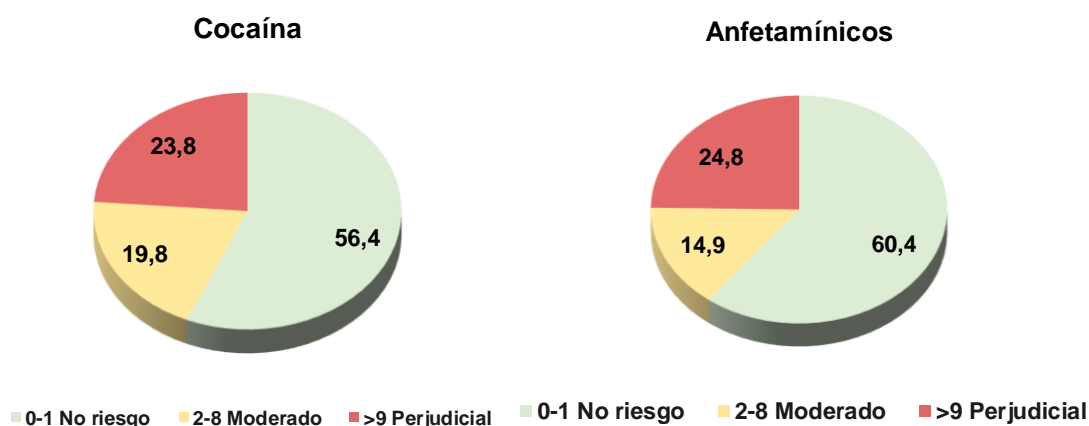
Seguido del consumo de tabaco y cannabis, encontramos que el 37,6 % realizan un consumo de alto riesgo de sedantes o pastillas para dormir sin prescripción médica, con criterios de dependencia en el 16 % de los casos según la entrevista MINI- Plus. En la categoría de otras sustancias se han incluido otros psicofármacos como Lyrica® dado su elevado consumo entre nuestra población, el 20 % presenta un consumo de alto riesgo (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Prevalencia de consumo alto y moderado de sedantes y psicofármacos



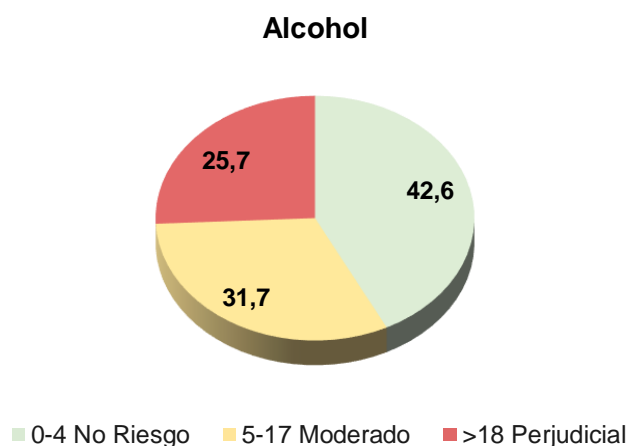
En relación al consumo de sustancias estimulantes como la cocaína y anfetaminas o derivados tipos anfetamínicos se encuentran datos similares respecto al consumo de alto riesgo, siendo aproximadamente del 24 %, pero solo el 5 % presentan criterios de dependencia según la entrevista MINI-Plus (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Prevalencia de consumo alto y moderado de cocaína y anfetaminas



El consumo de alcohol se ha considerado necesario analizarlo sin realizar una comparación con otras sustancias. En adolescentes y menores, suele darse como consumo abusivo o en formato *binge drinking*, especialmente en el contexto de ocio y, por lo general, es difícil que los jóvenes presenten sintomatología compatible con trastorno por dependencia al alcohol. Sin embargo, en la muestra el 32 % presenta un consumo moderado y el 25,7 % (n=26) un consumo de alto riesgo de alcohol. De estos, el 35 % (n=9) cumplen criterios de dependencia según la entrevista MINI-Plus (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Prevalencia de consumo alto y moderado de alcohol



El resto de sustancias como los alucinógenos, los inhalantes y los opiáceos muestran un patrón de consumo similar, oscilando entre el 6 y 4 % consumo de alto riesgo y entre 13 y 8 % consumo moderado.

6.2 Estadísticos descriptivos

Los estadísticos descriptivos de media, desviación estándar (DT), mediana, rango intercuartil, asimetría y curtosis se muestran en el anexo 10.

Se puede observar en el anexo 10 que la media más alta corresponde al ítem Q2_tabaco ($M=5,36$) resultante de la pregunta “¿Con qué frecuencia has consumido tabaco en los últimos tres meses?”. Una puntuación media cercana al 6 indica que un porcentaje muy elevado de nuestra muestra consume tabaco todos los días o casi todos los días. En contraposición, el ítem que ha obtenido la media más baja ha sido Q5_Alucinógenos ($M=,05$) que corresponde a la pregunta “¿El consumo de alucinógenos ha afectado a tus actividades habituales (por ejemplo, asistencia escolar, participación en actividades recreativas o deportivas, realización de tareas, expectativas familiares, eventos familiares, realizar los deberes, etc.)? Si la respuesta es que sí, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto en los últimos tres meses?”. La media de este ítem está muy cercana al 0, lo que implica que un porcentaje muy elevado de los consumidores de alucinógenos prácticamente han respondido que este

consumo no ha tenido afectación en las actividades habituales en los últimos tres meses.

Por último, los índices de curtosis indican que no existe una distribución perfectamente normal en todos los casos, para comprobarlo se realizó el cálculo de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (K-S) dado el tamaño de la muestra (≥ 50) siendo en todos los casos ($p=.001$). Esto implica que debemos aceptar la hipótesis alternativa de que nuestras variables no siguen una distribución normal. Siguiendo las indicaciones de Andrade y col. (2007) no se ha realizado el filtrado de casos dado que restaría generabilidad a los resultados.

6.3 Validez de constructo

La validez de constructo se encarga de constatar que un nuevo instrumento de medida de una conducta determinada realmente mida de forma objetiva el constructo que quiere medir. O dicho de otra forma, la validez de constructo es la evidencia que apoya que las conductas observadas o las puntuaciones obtenidas en un test son indicadores o manifestaciones del constructo teórico que se pretende medir (Martínez Arias, 2005).

Entre los procedimientos estadísticos más utilizados para la constatación de la validez de constructo, para las ciencias de la salud, destaca la utilización del Análisis Factorial (AF) en sus dos modalidades: el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

El objetivo de la AF es encontrar las relaciones existentes entre un conjunto de variables y agruparlas en dimensiones, eliminando aquellas variables que no estén relacionadas. En otras palabras, tiene como objetivo explicar un conjunto de variables observadas por un número sustancialmente menor de variables latentes o hipotéticas con las que correlaciona de forma lineal y que se denominan factores.

Para evaluar la validez de constructo del instrumento ASSIST-Y hemos realizado, en primer lugar, el AFE y, posteriormente, el AFC.

6.3.1 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El AFE recurre al método inductivo o exploratorio, dado que analizan el conjunto de datos y variables observadas sin tener a priori ninguna hipótesis sobre la estructura y, dejamos que sea el análisis de los datos los que proporcionen información al respecto. Por tanto, este primer análisis nos sirve para explorar las relaciones latentes no observadas que se establecen entre el conjunto de variables reduciéndolas a factores o dimensiones.

En conclusión, el AFE trabaja desde las mediciones empíricas de los indicadores hacia la definición del constructo.

Como se puede ver en la tabla 5 la prueba de Kaiser-Meyer Oldin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (p) muestra una elevada significación (<.001) en las diferentes sustancias analizadas, rechazando así la hipótesis respecto a la identidad de la matriz de correlaciones y, por tanto, siendo adecuado realizar un AFE.

Tabla 5. Índices de bondad de ajuste del modelo por AFE

<i>AFE Model Fit Index</i>							
Sustancias	KMO	df	χ^2	p	Factor	Eigenvalue	ESSL %
Tabaco	.560	6	65,80	<.001	1	1.876	46,90
Alcohol	.785	10	161,63	<.001	1	2.847	56,95
Cannabis	.789	10	244,58	<.001	1	3.197	63,94
Cocaína	.818	10	328,46	<.001	1	3.588	71,76
Anfetamínicos	.786	10	197,04	<.001	1	2.965	59,30
Sedantes	.844	10	427,13	<.001	1	3.961	78,32
Inhalantes	.583	10	81.913	<.001	1	1.968	39,35
	-	-	-	-	2	1.348	26,96
Alucinógenos	.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

La estructura factorial del cuestionario ASSIST-Y se puede consultar en el anexo 12. Como puede verse, el instrumento mantiene una estructura factorial unidimensional especialmente en tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamínicos, pastillas para dormir o sedantes y otras sustancias. Los pesos factoriales son todos superiores a .60. Dado el bajo número de consumidores en el resto de sustancias (inhalantes, alucinógenos y opiáceos) se encontró en los tres una solución de dos factores que necesitaría ampliar la muestra para poder analizar mejor cómo se comporta el cuestionario en estas sustancias.

6.3.2 Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El AFC utiliza el método deductivo o confirmatorio, el investigador ha planteado de forma rigurosa una serie de hipótesis que tratará de poner a prueba ajustando los datos y las variables observadas en el modelo teórico propuesto. Esta aproximación va desde la teoría hacia las mediciones empíricas.

Por tanto, para analizar la validez de constructo mediante el AFC se partió de las técnicas estructurales de covariancia.

La mayoría de los softwares estadísticos informáticos ofrecen diferentes índices de bondad de ajuste, aunque la mayoría son muy sensibles al tamaño muestral, mostrando mucha sensibilidad a partir de 500 sujetos. Estos índices buscan la relación entre el Chi cuadrado (χ^2) y los grados de libertad (gl.). Si estos son menores o igual a 5 muestran un buen ajuste.

En la tabla 6 se pueden ver los distintos índices que se han examinado para evaluar la bondad de ajuste: *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA); *Compa-rative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Fit Index* (TLI) y *Standardized Root-Mean Square Residual* (SRMR).

El análisis factorial confirmatorio resultante indica que todas las estructuras de factores eran adecuadas a excepción del tabaco. Consideramos que esto se debe a las diferencias existentes entre el consumo de tabaco en comparación con las demás sustancias.

Tabla 6. Índices de bondad de ajuste por el AFC

<i>AFE Model Fit Index</i>							
Sustancias	χ^2	gl	p	RMSEA (90 CI)	CFI	TLI	SRMR
Tabaco	3.662	2	.160	.091 (.000, .236)	.973	.920	.047
Alcohol	15.431	5	.009	.144 (.066, .228)	.934	.867	.055
Cannabis	26.989	5	<.001	.209 (.136, .289)	.910	.819	.076
Cocaína	41.000	5	<.001	.267 (.195, .345)	.891	.782	.059
Anfetamínicos	12.083	5	.034	.118 (.030, .205)	.964	.927	.058
Sedantes	29.527	5	<.001	.220 (.148, .300)	.943	.887	.038
Inhalantes	28.291	5	<.001	.215 (.142, .295)	.689	.318	.123
Alucinógenos	43,12	5	<.001	.275 (.203, .353)	.700	.399	.122
Opioides	28.863	4	<.001	.248 (.168, .337)	.898	.745	.176

6.4 Fiabilidad

Para poder validar un cuestionario debe medirse su fiabilidad, es decir, demostrar que el instrumento mide lo que dice y si esta medición es estable en el tiempo.

Existen tres formas básicas de medir la fiabilidad; el test-retest, la sensibilidad al cambio y la consistencia interna. Dado que en esta investigación se ha partido de una sola aplicación del cuestionario, solo podemos comprobar la fiabilidad mediante el cálculo de la consistencia interna de la escala. Para poder hacerlo la hemos calculado mediante el coeficiente Alpha (α) de Cronbach (Martinez Arias, 2005).

Si este coeficiente está por debajo de .70 se considera que la consistencia interna de la escala es débil y por debajo de .60 es insuficiente. Los valores por encima de .90 son considerados excelentes y entre .90 y .80 buenos.

Como se puede ver en la tabla 7, la fiabilidad por el total de la escala (49 ítems y 98 sujetos) ha resultado excelente (.91). Paralelamente, se han medido la consistencia interna para cada sustancia. Las escalas que han presentado mayor fiabilidad han sido; alcohol (.81), cannabis (.86), cocaína (.90),

anfetaminas (.82), sedantes o pastillas para dormir (.93) y otras sustancias (.92). Las escalas relacionadas con alucinógenos (.68) y opioides (.72) han presentado una consistencia interna débil seguramente debido al menor número de consumidores. Lo mismo ocurre con la fiabilidad de la escala de inhalantes (.59) que se considera insuficiente. Por otra parte, la escala de tabaco es la única que tiene 4 ítems y, a pesar de tener el mayor número de consumidores (n=96), ha presentado una consistencia interna baja (.60).

Tabla 7. Cálculo fiabilidad mediante coeficiente α de Cronbach según sustancia

	N (%)	Número de ítems	Media	DE	α^* (95 % CI)
Tabaco	96 (95,0)	4	14,6 (5,4)	6,11	.60 (.43, .69)
Alcohol	93 (92,1)	5	10,9 (9,3)	9,40	.81 (.75, .86)
Cannabis	95 (94,1)	5	21,4 (10,4)	11,28	.86 (.80, .90)
Cocaína	50 (49,5)	5	12,0 (11,0)	9,75	.90 (.85, .94)
Anfetamina	51 (50,5)	5	9,9 (8,8)	8,20	.82 (.74, .88)
Inhalantes	37 (36,6)	5	3,6 (5,2)	3,67	.59 (.21, .74)
Sedantes	57 (56,4)	5	16,3 (11,7)	11,95	.93 (.90, .95)
Alucinógeno	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)
Otros	31 (30,7)	5	14,8 (10,9)	9,10	.92 (.87, .95)
Total escala	98 (97,0)	49	78,8 (49,0)	47,161	.91 (.89, .93)

* Basado en elementos de prueba estandarizados; a= Intervalo de confianza aumentado (n=1000 muestra).

6.5 Validez discriminante

Otras dos formas de evidencia empírica que forman parte de la constatación de la validez de constructo son la validez discriminada y la validez convergente.

La validez discriminante o divergente busca correlacionar las variables del test con variables o ítems que midan aspectos diferentes, esperando, por tanto, que las correlaciones entre estas variables sean bajas o nulas. De hecho lo que se

busca es que los constructos teóricos que no deben tener ninguna relación, en efecto, no la tienen.

Se calculó la validez discriminante entre las puntuaciones obtenidas en cada escala del ASSIST-Y por sustancia y el criterio establecido en la entrevista MINI-Plus que discrimina entre uso y abuso y entre abuso y dependencia. Se compararon las medias mediante el Test ANOVA y se calculó las curvas AUC para establecer los puntos de corte de las distintas sustancias.

En el anexo 12 podemos ver cómo ASSIST-Y ha mostrado una buena sensibilidad y especificidad para detectar diferencias entre el uso/abuso de todas las sustancias. Además, el ASSIST-Y también fue capaz de detectar diferencias entre el abuso obtenido mediante la entrevista MINI-Plus frente a la dependencia por el alcohol, el cannabis y los sedantes. Para el resto de sustancias sería necesaria una muestra mayor y con una potencia más adecuada para poder calcularla.

En la siguiente tabla, si comparamos los puntos de corte de la versión ASSIST-Y y los puntos de corte de la muestra, podemos ver que especialmente en los puntos de corte que coincide con la puntuación por dependencia obtenida en la entrevista MINI-Plus, estos puntos han mostrado una sensibilidad y especificidad muy adecuadas para alcohol, cannabis y pastillas para dormir o sedantes sin prescripción médica. También, por estas sustancias el punto de corte es más alto por alcohol (9 versus 22,5), similar por cannabis (9 versus 10,5) y más alto por las pastillas para dormir o sedantes (7 versus 13,5).

Tabla 8. Comparación entre los puntos de corte de la escala original ASSIST-Y y la obtenida en la muestra objeto de estudio

ASSIST adultos/jóvenes	Riesgo Moderado (Abuso)		Riesgo alto (Dependencia)	
	ASSIT-Y	Muestra	ASSIT-Y	Muestra
Alcohol	5-17	6,5	9+	22,5
Cannabis	2-11	1	9+	10,5
Cocaína	2-8	1	9+	2,5
Anfetaminas tipos estimulantes	2-8	1	7+	11
Inhalantes	2-8	1	9+	2,5
Hipnosedantes	2-6	1	7+	13,5
Alucinógenos	2-8	1	7+	-
Opioides	2-6	1	12+	-

6.6 Validez convergente

La validez convergente indica las correlaciones positivas con otros test o cuestionarios que miden constructos similares. Si esto sucede, se puede afirmar que el test mide de forma válida el constructo objeto de estudio y, como resultado, apoya la validez de constructo.

Por tanto, para analizar la validez convergente se evaluó la asociación entre las puntuaciones directas totales obtenidas en el ASSIST-Y con las puntuaciones directas obtenidas en constructos coincidentes mediante el cálculo de correlaciones de Pearson. Como se puede ver en la tabla 10, las puntuaciones totales obtenidas en la escala de cannabis del ASSIST-Y tienen una correlación muy alta con la escala CAST (.849). Los resultados también muestran que las puntuaciones totales de ASSIST-Y están bien correlacionadas con las escalas SDS y CRAFFT ($p < .001$).

En la siguiente tabla, podemos calcular la validez convergente de las puntuaciones ASSIST-Y para cada sustancia en función de las categorizaciones del CRAFFT (consumo de riesgo o no riesgo). Como puede verse en la tabla 9, el ASSIST-Y fue capaz de detectar diferencias entre las sustancias más consumidas, pero no tenía poder para hacerlo entre las sustancias menos consumidas (inhalantes, alucinógenos y opioides).

Tabla 9. Validez convergente de las puntuaciones del ASSIST-Y basadas en la categorización del CRAFFT de consumo de riesgo

Sustancia	No riesgo	Riesgo	F-test	df	p	95 % CI
	ASSIST-Y M (SD) N=13	ASSIST-Y M (SD) N=88				
Tabaco	4,92 (5,89)	15,19 (5,03)	45,13	1, 99	<.001	.17, .44
Alcohol	1,38 (2,22)	11,42 (9,36)	14,71	1, 99	<.001	.03, .25
Cannabis	.92 (2.56)	23,00 (9,05)	75,84	1, 99	<.001	.29, .55
Cocaína	.00 (.00)	7,00 (10,15)	6,13	1, 99	.015	.00, .17
Anfeta.	.00 (.00)	6,15 (8,51)	6,73	1, 99	.011	.00, .17
Sedantes	.00 (.00)	10,58 (12,24)	9,63	1, 99	.002	.01, .21
Inhal.	.00 (.00)	1,67 (3,90)	2,38	1, 99	.126	.00, .11
Aluci.	.00 (.00)	1,43 (3,60)	2,04	1, 99	.157	.00, .10
Opiáceos	.00 (.00)	1,32 (3,83)	1,52	1, 99	.220	.00, .09
TSI	9,77 (8,54)	88,98 (43,91)	41,72	1, 99	<.001	.15, .42

Usar: TSI= Total sustancias, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 10. Validez convergente: matriz de correlación R de Pearson de asociaciones entre las puntuaciones ASSIST-Y Total (TSI). Puntuación específica por sustancia (SSI) y las puntuaciones totales obtenidas en las escalas CAST, SDS y CRAFFT

	TSI	Tabaco	Alcohol	THC	Coca	AFT	Inhal.	Sedantes	Aluci.	Opiáceos	Otros	SDS	CAST
TSI	--												
Tabaco SSI	.511***	--											
SSI Alcohol	.607***	.438***	--										
SSI THC	.551***	.401***	.324***	--									
SSI Cocaína	.754***	.311**	.460***	0.175	--								
SSI AFT	.696***	0.182	.367***	.212*	.550***	--							
Inhalantes SSI	.450***	0.098	.239*	0.137	.277**	.468***	--						
SSI Sedantes	.758***	.267**	.249*	.230*	.587***	.460***	.344***	--					
SSI Aluci.	.466***	0.136	0.153	0.128	.440***	.367***	.316**	.208*	--				
SSI Opiáceos	.394***	0.062	0.004	0.178	0.176	0,19	0.179	.291**	.487**	--			
SSI Otros	.570***	0,07	0.117	0.146	.324***	.326***	0.081	.526***	.219*	.362***	--		
Total SDS	.686***	.414***	.360***	.561***	.398***	.427***	.324**	.549***	0.128	.279**	.364***		
Total CAST	.615***	.355***	.309**	.849***	.206*	.345***	.215*	.366***	0,14	.256**	.286**	.644***	--
Total CRAFFT	.648***	.544***	.466***	.678***	.349***	.314**	0.162	.412***	0,13	0.167	.238*	.631***	.719***

Usar: TSI= Total sustancias; SSI=Puntuación específica por sustancia; THC= Cannabis; AFT=Anfetaminas-Tipos estimulantes; Alu.=Alucinógenos; SDS=Severity of Dependence Scale; CAST=Cannabis Abuse Screening Test; CRAFFT=CRAFFT; Screening Tool; *p<.05, **p<.01, ***p<.001

De nuevo, en la siguiente tabla el ASSIST-Y fue capaz de detectar de forma fiable diferencias entre el uso dependiente y el no dependiente de todas las sustancias a excepción de los alucinógenos y opioides. Esto se debe al bajo peso estadístico de estas sustancias. El ASSIST-Y también fue capaz de detectar diferencias en la subescala de inhalantes ($p < .05$) a pesar del número bajo de personas dependientes ($n=4$) (ver tabla 11).

Tabla 11. Validez Convergente de las puntuaciones ASSIST-Y basadas en la categorización del SDS dependencia

Sust.	No dependencia	Dependencia	F-test	df	p	95 % CI
	ASSIST-Y M (SD) N=28	ASSIST-Y M (SD) N=73				
Tabaco	9,04 (6,91)	15,73 (4,74)	30,82	1, 99	<.001	.10, .37
Alcohol	4,18 (5,10)	12,41 (9,68)	24,59	1, 99	<.001	.05, .28
Cannabis	9,93 (11,42)	24,08 (8,46)	46,28	1, 99	<.001	.17, .44
Cocaína	1,00 (2,31)	8,05 (10,78)	11,72	1, 99	<.001	.02, .23
Anfeta.	1,39 (3,28)	6,88 (9,00)	9,85	1, 99	.002	.01, .21
Sedantes	.71 (3.78)	12,48 (12,42)	24,13	1, 99	<.001	.07, .33
Inhal.	.11 (.57)	1,97 (4,20)	5,45	1, 99	.022	.00, .16
Aluci.	.86 (2.45)	1,40 (3,70)	.51	1, 99	.477	.00, .07
Opiáceos	.46 (1.40)	1,41 (4,13)	1,40	1, 99	.239	.00, .09
TSI	32,36 (25,69)	96,59 (43,84)	52,91	1, 99	<.001	.20, .47

Usar: TSI= Total sustancias, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Y, por último, se comparó las puntuaciones por el cannabis del ASSIST-Y con las estratificaciones del CAST mediante el ANOVA unidireccional con las pruebas post-hoc de Scheffe. Como se puede ver en la tabla 12, una vez más el ASSIST-Y demostró que era capaz de detectar diferencias entre los distintos grupos de consumo. Principalmente, entre uso problemático y bajo riesgo y no riesgo. Una vez más, el número bajo de consumidores de bajo riesgo y riesgo moderado presentes en el CAST hizo que la capacidad para detectar una adecuada validez convergente estuviera limitada ($n=2$).

Tabla 12. Validez convergente de las puntuaciones ASSIST-Y para el cannabis en comparación con las estratificaciones de CAST

Sustancia	No riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Uso problemático	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					
Cannabis	2.88 (8.08)	5.00 (4.24)	9.50 (2.12)	24.48 (7.47)	42.81	3, 97	<.001	.57	.43, .65

Post-hoc Group Comparisons (Scheffe's Test)	M Diferencia	95 CI	p
Uso problemático			
vs. no riesgo	21.59	15.88, 27.03	<.001
vs. riesgo bajo	19.48	4.17, 34.78	.006
vs. moderat	14.98	-.33, 30.28	.058
Riesgo Moderado			
vs. no riesgo	6.62	-9.36, 22.60	.709
vs. riesgo bajo	4.50	-16.88, 25.88	.948
Riesgo Bajo			
vs. no riesgo	2.28	-18.90, 13.86	.986

Nota: SSI= Puntuación específica escala de cannabis, *p<.05, **p<.01, ***p<.0

6.7 Validez concurrente

La validez concurrente busca que las puntuaciones obtenidas en el test correlacionen con el criterio o situación actual del sujeto de estudio. Por tanto, la validez concurrente se utiliza para establecer un diagnóstico del sujeto, en nuestro caso, si presenta el diagnóstico de abuso o de dependencia en la sustancia.

Para poder medirla se ha calculado la prevalencia y la media (SD) de las puntuaciones obtenidas en el ASSIST-Y estratificadas según el diagnóstico obtenido en la entrevista MINI-Plus (presente o ausente) a lo largo de la vida o en la actualidad. Como se puede ver en la tabla 13, en todos los casos, las puntuaciones del ASSIST-Y fueron más altas entre el grupo con el diagnóstico MINI-Plus presente que el diagnóstico ausente.

Esta mesa destaca el poder de ASSIST-Y para detectar diferencias entre grupos, para todas las sustancias de abuso MINI-Plus (ya sea de por vida o actualmente). El ASSIST-Y también pudo detectar diferencias para el alcohol, el cannabis y los sedantes sobre las medidas de dependencia. Pero no se pudo calcular para el resto de sustancias dado el bajo número de casos con dependencia diagnosticados mediante la entrevista MINI-Plus ($n < 5$). Se puede ver que solo se necesitaron 9 casos de dependencia al alcohol para detectar de forma fiable diferencias ($p = .002$), por lo tanto, es necesaria una muestra mayor para poder confirmar la validez concurrente en el resto de sustancias (ver tabla 14).

Tabla 13. Comparación entre la media (SD) ASSIST-Y estratificado por la presencia o ausencia de MINI-Plus de diagnósticos actuales o a lo largo de la vida por dependencia o abuso por: alcohol, cannabis, cocaína y sedantes

Sustancia	ASSIST-Y Puntuación Total				Test estadístico			
	Diagnóstico Presente		Diagnóstico Ausente		t-test	p	Hedges' g	95 % CI
N (%)	Media (SD) SSI	N (%)	Media (SD) T SSI					
Alcohol								
Largo vida dependencia	9 (11,7)	18,3 (10,5)	68 (88,3)	8,6 (9,0)	-3,0	.002	-1,05	1,76, -0,34
Largo vida abuso	31 (46,3)	13,2 (10,3)	36 (53,7)	4,9 (5,3)	-4,2	<.001	-1,03	1,53, -0,52
Actual dependencia	9 (11,7)	18,3 (10,5)	68 (88,3)	8,6 (9,0)	-3,0	.002	-1,05	1,76, -0,34
Actual abuso	34 (50,0)	13,1 (9,9)	34 (50,0)	4,1 (5,0)	-4,7	<.001	-1,13	1,63, -0,62
Cannabis								
Largo vida dependencia	51 (66,2)	25,2 (8,6)	26 (33,8)	9,3 (11,2)	-6,9	<.001	-1,65	2,20, -1,10
Largo vida abuso	73 (94,8)	20,9 (11,5)	4 (5,2)	.0 (0,0)	-3,6	<.001	-1,84	2,87, -.80
Actual dependencia	51 (66,2)	25,5 (8,0)	26 (33,8)	8,7 (11,1)	-7,6	<.001	-1,81	2,36, -1,26
Actual abuso	16 (53,3)	12,1 (11,1)	14 (46,7)	12,9 (15,7)	.2	.871	.06	0,64, 0,76
Cocaína								
Largo vida dependencia	4 (5,2)	10,3 (10,3)	73 (94,8)	5,0 (9,3)	-1,1	.277	-.56	0,16, 0,45
Largo vida abuso	41 (53,2)	9,8 (11,0)	36 (46,8)	.2 (1,0)	-5,2	<.001	-1,18	1,65, -0,69
Actual dependencia	4 (5,2)	10,3 (10,3)	73 (94,8)	5,0 (9,3)	-1,1	.277	-.56	0,16, 0,45
Actual abuso	32 (43,2)	11,0 (11,6)	42 (56,8)	.3 (1,2)	.5,9	<.001	-1,38	1,88, -0,87
Sedantes								
Largo vida dependencia	14 (18,2)	22,7 (11,9)	63 (81,8)	5,5 (8,9)	-6,1	<.001	-1,80	2,40, -1,10
Largo vida abuso	41 (53,9)	15,4 (11,8)	35 (46,1)	.9 (4,3)	-6,9	<.001	-1,56	2,07, -1,05
Actual dependencia	16 (20,8)	20,9 (12,5)	61 (79,2)	5,4 (9,0)	-5,6	<.001	-1,57	2,17, -0,97
Actual abuso	21 (28,4)	10,0 (10,5)	53 (71,6)	3,8 (7,5)	-2,9	.005	-.73	1,24, -0,22

Usar: TSI= Total sustancias, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 14. Comparación entre la media (SD) ASSIST-Y estratificado por la presencia o ausencia de MINI-Plus de diagnósticos actuales o a lo largo de la vida por dependencia o abuso por: derivados anfetamínicos, alucinógenos, inhalantes y opiáceos

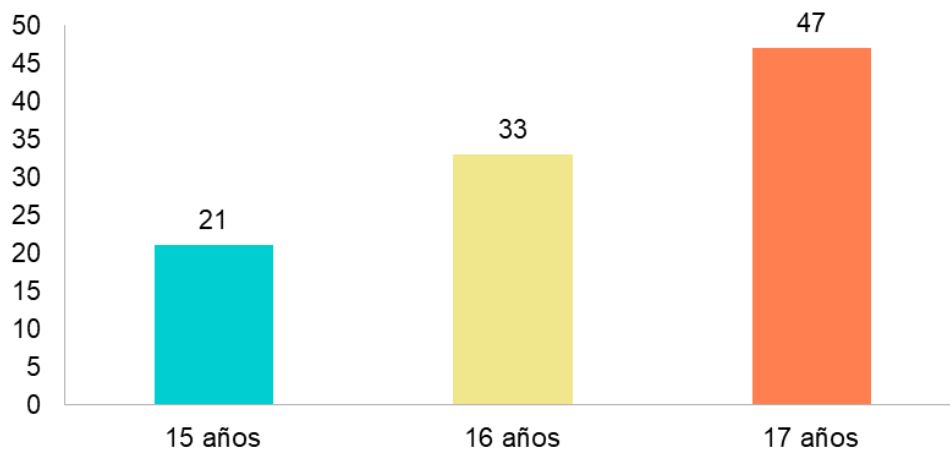
Sustancia	ASSIST-Y Puntuación Total				Test estadístico			
	Diagnóstico Presente		Diagnóstico Ausente		t-test	p	Hedges' g	95 % CI
N (%)	Media (SD) SSI	N (%)	Media (SD) SSI					
Anfetamínicos								
Largo vida dependencia	3 (3,9)	10,3 (6,7)	74 (96,1)	5,5 (8,9)	-,9	.359	-.54	1,68, 0,61
Largo vida abuso	25 (32,5)	9,7 (10,0)	52 (67,5)	3,8 (7,6)	-2,9	.005	-.69	1,17, -0,20
Actual dependencia	3 (3,9)	10,3 (6,7)	74 (96,1)	5,5 (8,9)	-,9	.359	-.54	1,68, 0,61
Actual abuso	21 (28,4)	10,0 (10,5)	53 (71,6)	3,8 (7,5)	-2,9	.005	-.73	1,24, -0,22
Alucinógenos								
Largo vida dependencia	3 (3,9)	0,0 (0,0)	74 (96,1)	1,3 (3,6)	.6	.526	.37	0,77, 1,51
Largo vida abuso	38 (49,4)	2,6 (4,7)	39 (50,6)	.0 (0,0)	-3,4	<.001	-.78	1,23, -0,32
Actual dependencia	3 (3,9)	0,0 (0,0)	74 (96,1)	1,3 (3,6)	.6	.526	.37	0,77, 1,51
Actual abuso	32 (42,7)	2,8 (5,0)	43 (57,3)	.2 (1,0)	-3,3	.001	-.76	1,23, -0,29
Inhalantes								
Largo vida dependencia	2 (2,6)	1,5 (2,1)	75 (97,4)	1,6 (3,8)	.0	.983	.02	1,38, 1,40
Largo vida abuso	23 (29,9)	3,0 (5,8)	54 (70,1)	1,0 (2,3)	-2,2	.035	-.53	1,02, -0,04
Actual dependencia	2 (2,6)	1,5 (2,1)	75 (97,4)	1,6 (3,8)	.0	.983	.02	1,38, 1,40
Actual abuso	16 (21,3)	3,3 (6,9)	59 (78,7)	1,1 (2,4)	-2,0	.047	-.56	1,11, -0,01
Opiáceos								
Largo vida dependencia	0 (0)	0 (0)	77 (100)	1,4 (4,0)	-	-	-	-
Largo vida abuso	14 (18,2)	4,8 (7,1)	63 (81,8)	.7 (2,6)	-3,7	<.001	-1,09	1,69, -0,49
Actual dependencia	0 (0)	0 (0)	77 (100)	1,4 (4,0)	-	-	-	-
Actual abuso	14 (18,2)	4,8 (7,1)	62 (81,8)	.7 (2,6)	-3,7	<.001	-1,08	1,68, -0,48

Usar: TSI= Total sustancias, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

6.8 Influencia de las variables sociodemográficas y el consumo de sustancias

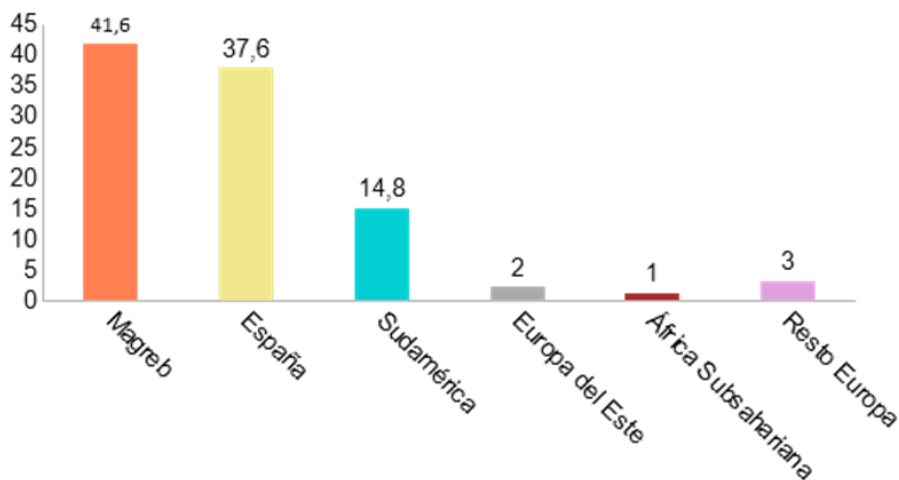
En el siguiente apartado, se muestran las principales variables sociodemográficas recogidas respecto a la muestra de menores y jóvenes objeto de estudio.

Gráfico 5. Distribución de la edad de la muestra



La muestra de la presente investigación está compuesta por adolescentes entre los 15 y 17 años con una media de edad de 16,26.

Gráfico 6. Zona geográfica de procedencia



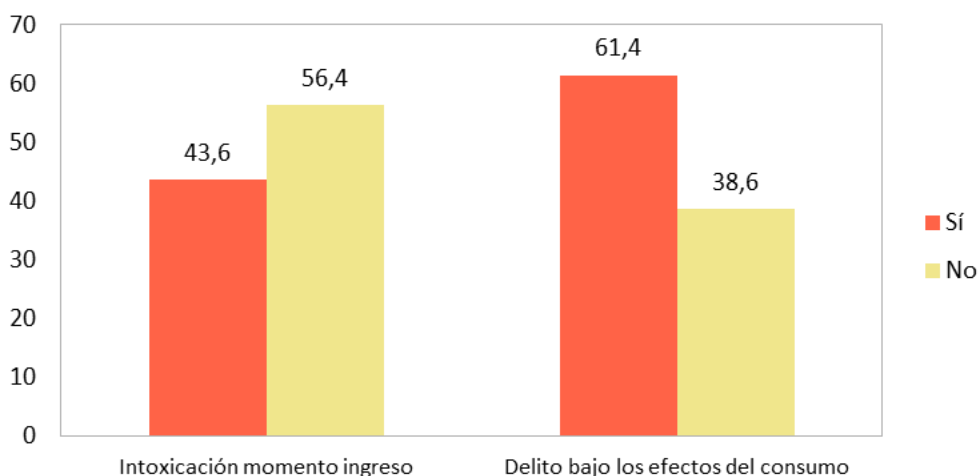
La muestra analizada proviene de distintas zonas de origen. La mayoría son adolescentes nacidos en el Magreb (41,6 %), seguidos por los españoles (37,6 %). El resto de la muestra se encuentra repartida entre la población originaria de Sudamérica, África subsahariana y del resto de Europa.

Gráfico 7. Reincidencia de la muestra



Por otra parte, cabe destacar que el 41,6 % del total de los jóvenes presenta reincidencia previa al ingreso del centro educativo en el que se ha realizado la investigación. Este dato es indicativo de la trayectoria de los adolescentes en justicia juvenil.

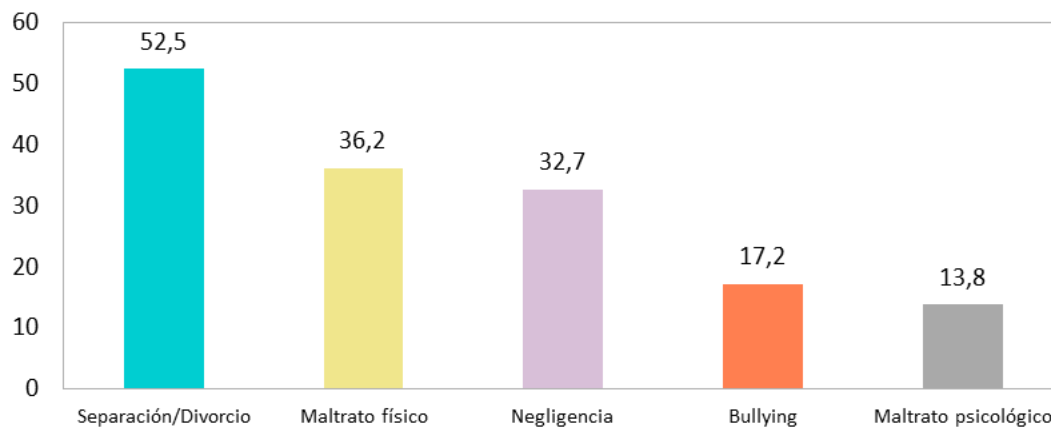
Gráfico 8. Consumo de sustancias y delitos



El 43,6 % de los jóvenes reconocían que en el momento del ingreso se encontraban bajo los efectos de sustancias tóxicas, quedando alteradas sus capacidades volitivas. Relacionado con este dato, el 61,4 % afirmaba haber

cometido algún tipo de infracción o conducta delictiva bajo los efectos de sustancias tóxicas.

Gráfico 9. Life events

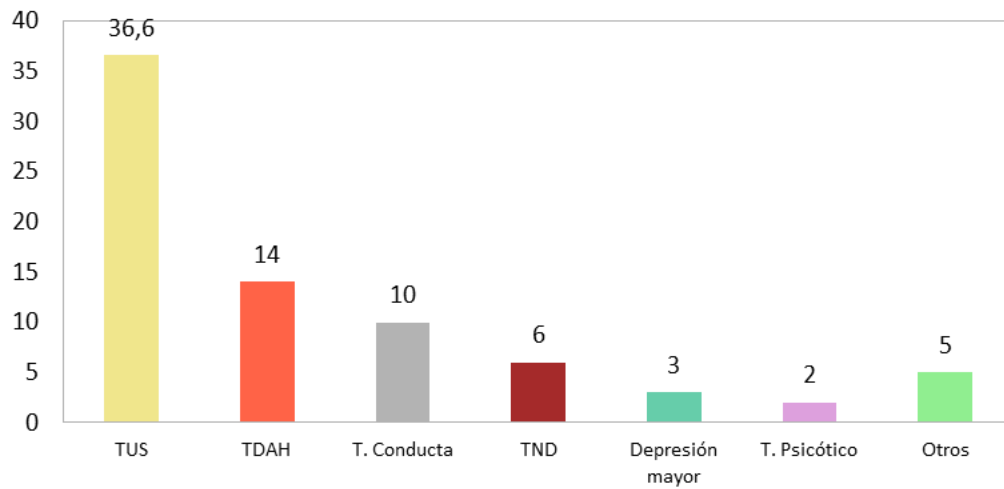


Otro factor de riesgo evaluado ha sido la experimentación por parte de los jóvenes algún *life event*, es decir, una vivencia traumática o relevante que ha podido influenciar negativamente su trayectoria vital. El 60 % de la muestra refiere haberlos vivido. En relación al maltrato por parte de la familia o los cuidadores principales, referían haber sufrido en el 36,2 % maltrato físico, 32,7 % negligencia y 13,8 % maltrato psicológico. Destaca también que el 52,5 % de los progenitores se habían separado o divorciado.

Con anterioridad a la administración del ASSIST-Y el 37 % de la muestra ya contaba con un diagnóstico previo al ingreso en el CE Can LLupià, de Trastorno por Uso de Sustancias según el DSM-5 (TUS) diagnosticado por parte de un profesional de salud mental de los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) o los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS) que constaba en la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3).

Por lo que se refiere al resto de trastornos mentales, un 13,8 % de los jóvenes cuentan con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Seguidamente, el diagnóstico mayoritario es el de Trastorno de Conducta con un 10 % del total de la muestra; y en cuarta posición se ubica el Trastorno Negativista Desafiante (TND) con un 5,9 % de los jóvenes.

Gráfico 10. Diagnósticos previos



Del total de jóvenes procedentes de otros países, destaca que un 28,7 % se inició en el consumo de sustancias tóxicas coincidiendo con el proceso migratorio. Asimismo, el mismo número de adolescentes llevó a cabo este proceso sin ningún referente familiar que pudiera apoyarlo en este cambio vital.

Gráfico 11. Procesos migratorios: inicio del consumo con la migración y migración sin familia

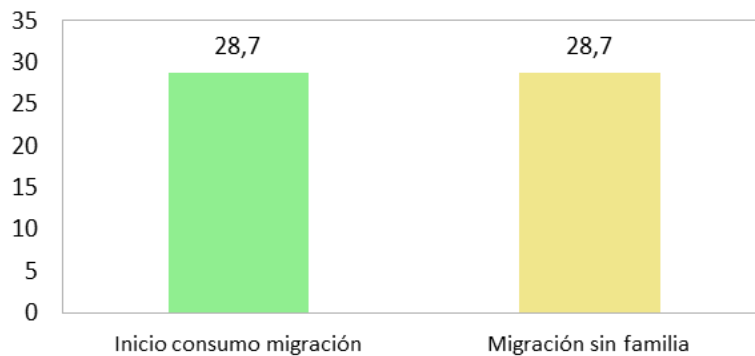
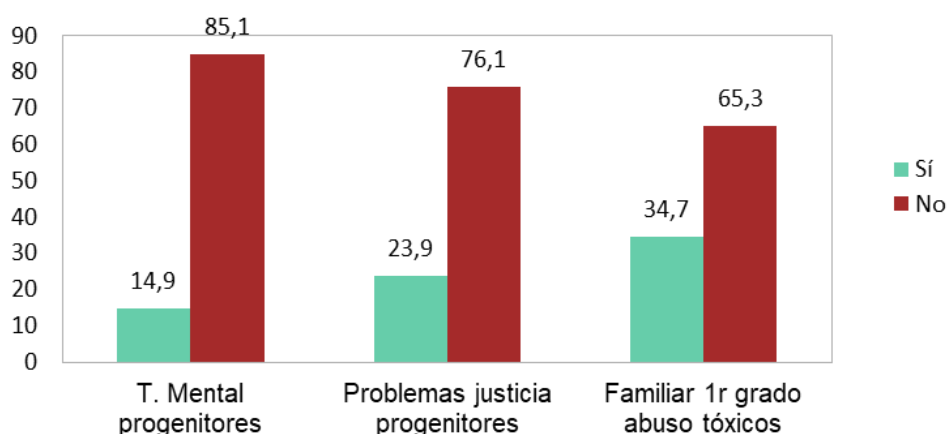


Gráfico 12. Antecedentes familiares



Por lo que respecta a los factores de riesgo recogidos de los familiares, destaca que un 34,7 % presentaba problemática en consumo de sustancias tóxicas y un 23,9 % contaba con antecedentes penales en la jurisdicción de adultos. Menos significativo es la presencia de un diagnóstico de salud mental por parte de los progenitores (14,9 %).

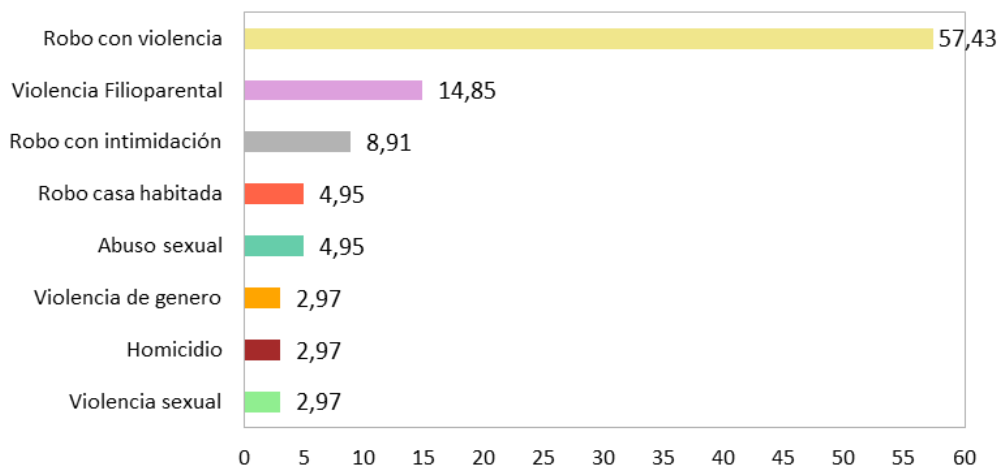
De forma paralela exploramos la relación entre las variables dependientes: inmigración, vivir en entornos marginales, reincidencia, presencia de *life events* y familiares de primer grado con problemática de consumo de sustancias. Encontramos, mediante el estadístico descriptivo ANOVA de un factor, que:

- Las personas migrantes tienen mayor prevalencia de consumo moderado y alto en sedantes o pastillas para dormir sin receta médica ($p \leq .0001$) e inhalantes ($p = .002$).
- Los menores y jóvenes que viven en entornos marginales o sin familia presentan un mayor consumo alto y moderado de cannabis ($p = 0.0052$); cocaína ($p = .0002$); sedantes o pastillas para dormir sin receta médica ($p \leq .0001$) y otras sustancias ($p = .074$).
- Los menores y jóvenes que son reincidentes tienen una mayor problemática de consumo de sedantes o pastillas para dormir sin receta médica ($p \leq .023$).
- En nuestra muestra no se ha encontrado que tener a un familiar de primer grado con consumo de tóxicos es una variable dependiente para el consumo moderado y alto de sustancias en sus hijos ($p \leq .063$).

6.9 Relación entre el tipo de delito y el consumo de sustancias

Una de las variables de interés consiste en estudiar la relación entre el consumo de sustancias tóxicas y el tipo de delito. Como se puede ver en el gráfico 13 más de la mitad de la muestra ingresaron en el centro por robos con violencia (n=57) seguido de delitos de violencia filioparental (n=15), robos con intimidación (n=9) y robo en casa habitada (n= 5).

Gráfico 13. Delito motivo de ingreso en el centro



Para ver si existía o no correlación entre los tipos de delito y el consumo de las 10 sustancias tóxicas se hizo mediante la correlación de Spearman. Como se puede ver en la tabla 15 existen correlaciones entre cada delito y cada sustancia.

Por este motivo, se procedió a un segundo análisis mediante la prueba T de muestras independientes con el objetivo de encontrar diferencias inter-grupales entre los delitos más comunes (robo con violencia, violencia filioparental, robo con intimidación y robo en casa habitada) y el consumo de cada sustancia. Como puede verse en las siguientes tablas aparecen resultados altamente significativos en cada uno de estos cuatro delitos.

Tabla 15. Correlaciones entre delito y sustancia 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	-.356**	--																	
Theft in inhabited house	-0.071	-.260**	--																
Family violence	-0.131	-.475**	-0.095	--															
Sexual abuse	-0.071	-.260**	-0.052	-0.095	--														
Gender violence	-0.055	-.199*	-0.040	-0.073	-0.040	--													
Homicide	-0.055	-.199*	-0.040	-0.073	-0.040	-0.031	--												
Sexual violence	-0.055	-.199*	-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	-.245*	-.234**	--									
Alcohol	-0.057	0.160	-0.006	-0.019	-0.180	0.179	-0.186	-0.106	0.031	.255*	--								
Cannabis	0.102	0.042	-0.086	0.159	-.205*	0.097	-0.055	-.207*	-0.150	.601**	.286**	--							
Cocaine	0.012	0.145	-0.031	-0.019	-.197*	-0.020	-0.020	-0.020	-0.086	.297**	.341**	.198*	--						
ATS	-0.082	0.174	0.044	-0.022	-0.124	-0.014	-0.145	-0.014	-0.083	.279**	.299**	.339**	.547**	--					
Inhalants	-0.091	.284**	-0.123	-0.085	-0.020	-0.094	-0.094	-0.094	-0.054	0.143	.210*	.253*	.275**	.446**	--				
Sedatives	0.117	0.106	-0.009	-0.056	-0.063	-0.040	-0.164	-0.040	-0.094	.366**	.250*	.365**	.515**	.623**	.367**	--			
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	.421**	.467**	.434**	.215*	--		
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	.247*	.303**	.220*	.252*	.492**	--	
Other	-0.047	0.159	0.159	-0.024	-0.140	-0.107	-0.107	-0.107	-0.061	0.188	0.179	.196*	.347**	.461**	0.090	.452**	.311**	.330**	--

Tabla 16. Delito: Robo con violencia - prueba T para muestras independientes

<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>										
SSI	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95 % CI		
								<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	<i>Cohen's d</i>
					<i>Two-Sided p</i>					
Tabaco	.98	.325	.202	86,198	.841	.26	1,27	-2,26	2,77	
Alcohol	4,722	.032	1,786	99	.077	3,33	1,86	-.37	7,03	
Cannabis	2,436	.122	-.782	83,453	.437	-1,81	2,32	-6,43	2,80	
Cocaína	1,818	.181	1,218	96,334	.226	2,35	1,93	-1,48	6,18	
Anfeta.	7,942	.006	1,901	99	.06	3,09	1,62	-.14	6,31	
Inhal.	13,624	<.001	2,348	99	.021	1,69	.72	.26	3,12	3,59
Sedantes	5,466	.021	1,565	99	.121	3,73	2,38	-1,00	8,46	
Aluci.	15,336	<.001	1,972	99	.05	1,32	.66	.00	2,66	3,35
Opiáceos	.018	.894	-.025	76,726	.98	-.02	.75	-1,52	1,48	
Otros	12,141	<.001	1,792	99	.076	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 delito de robo con violencia, se asoció con puntuaciones medias significativamente más altas relacionadas con el consumo de inhalantes y alucinógenos. Asimismo, se encontraron diferencias significativas a nivel intergrupar en el grupo de menores y jóvenes que consumían anfetaminas o derivados anfetamínicos, alcohol y otras sustancias.

Tabla 17. Delito: Violencia filio-parental - Prueba T para muestras independientes

SSI	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>									
	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95 % CI		Cohen's d
								Lower	Upper	
Tabaco	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	
Cannabis	2,662	.106	2,358	21,88	.028	6,39	2,71	.77	12,01	11,1
Cocaína	4,55	.035	-1,018	99	.311	-2,78	2,73	-8,19	2,64	
Anfeta.	.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	
Sedantes	9,205	.003	-1,37	99	.174	-4,56	3,33	-11,17	2,05	
Alucin.	.891	.347	-.719	35,12	.477	-.45	.62	-1,71	.82	
Opiáceos	7,364	.008	1,626	99	.107	1,63	1,00	-.36	3,61	
Otros	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 caso de la violencia filio-parental, se asoció con puntuaciones medias significativamente más altas en el consumo de cannabis. Para el resto de sustancias no se encontró ninguna significación estadística.

Tabla 18. Delito: Robo con intimidación - Prueba T para muestras independientes

SSI	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>									
	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95 % CI		Cohen's d
								Lower	Upper	
Tabaco	3,573	.062	-2,975	13,98	.001	-3,92	1,32	-6,75	-1,09	6,10
Alcohol	.811	.370	.191	1,07	.838	.63	3,00	-6,05	7,31	
Cannabis	1,189	.278	.494	1,54	.031	8,12	3,26	-15,33	-.92	11,10
Cocaína	9,574	.003	1,334	99,00	.185	4,53	3,39	-11,26	2,21	
Anfetamínicos	8,503	.004	1,465	99,00	.146	4,17	2,85	-1,48	9,82	
Inhalantes	4,054	.047	1,056	99,00	.294	1,35	1,28	-1,19	3,90	
Sedantes	4,212	.043	1,773	99,00	.079	7,32	4,13	-15,52	.87	
Alucinógenos	1,743	.190	1,44	28,36	.161	.76	.53	-.32	1,83	
Opiáceos	.35	.555	.469	12,39	.648	.41	.87	-1,48	2,29	
Otras sustancias	.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 relación con el delito de robo con intimidación se asoció con puntuaciones medias significativamente más altas en el consumo de tabaco, cannabis y sedantes o pastillas para dormir sin receta médica.

Tabla 19. Delito: Robo en casa habitada - Prueba T para muestras independientes

<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>										
SSI	F	Sig.	t	df	p	M	SD	95 % CI		Cohen's d
								Lower	Upper	
Tabaco	.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	
Canna bis	1,462	.23	-.531	4,25	.622	-3,53	6,65	-21,59	14,52	
Cocaín a	.493	.484	-.467	4,61	.662	-1,79	3,83	-11,89	8,31	
Anfeta.	.679	.412	-.122	4,68	.908	-.38	3,09	-8,47	7,72	
Inhal.	3,122	.08	-3,998	95	<.001	-1,53	.38	-2,29	-.77	3,68
Sedant es	7,259	.008	-.924	99	.358	-5,07	5,49	-15,96	5,82	
Aluci.	1,313	.255	-1,668	12,43	.120	-.89	.53	-2,05	.27	
Opiáce os	.001	.979	.043	4,81	.967	.05	1,26	-3,22	3,32	
Otros	.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	

Por último, en los delitos de robo en casa habitada, se asociaron con puntuaciones medias significativamente más altas en el consumo de inhalantes.

7. Discusión

7.1 Propiedades psicométricas ASSIST-Y

Esta investigación tiene por objetivo la validación y fiabilización de la prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (ASSIST-Young) en menores y jóvenes (15 a 17 años) privados de libertad.

Cabe señalar que el ASSIST-Young se desarrolló hace muy poco tiempo por el equipo de la Universidad de Adelaide, Australia (Humenuk y col., 2016) y que en la actualidad solo se ha utilizado en tres países: Australia (Humenuk y col., 2016), Zambia (Kane y col., 2016) y Suecia (Källmén y col., 2019). Esto se debe, en parte, a que llevar a cabo la validación de un instrumento dirigido a menores y jóvenes requiere de un tamaño muestral muy amplio dada la baja prevalencia del consumo de algunas sustancias como son los anfetamínicos o derivados anfetamínicos, los alucinógenos, los inhalantes o los opiáceos. Además, tienen que ver implicaciones éticas asociadas al acceso a muestras de menores y jóvenes.

Por este motivo, la investigación que se ha presentado y los resultados encontrados son de gran relevancia, dado que se ha accedido a una muestra de menores y jóvenes con una alta prevalencia de consumo de sustancias que están cumpliendo una medida privativa de libertad.

Este estudio demuestra que la versión del ASSIST-Young para personas de 15 a 17 años tiene buenas propiedades psicométricas para medir diferentes niveles de riesgo de consumo en esta población. Además, el instrumento ha sido bien aceptado por los jóvenes y sus familias. El AFE y AFC mostraron un modelo unidimensional para todas las sustancias a excepción de inhalantes y alucinógenos, lo que sustenta que las puntuaciones de riesgo específicas obtenidas por tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, derivados anfetamínicos, alucinógenos, hipnosedantes, opiáceos y otras sustancias tiene suficiente apoyo empírico para esta muestra de sujetos. Los valores de consistencia interna por el total de la escala fueron excelentes (.91) y los valores calculados por cada sustancia oscilan entre .92 y .82. Estos son valores similares a los

hallados en los estudios de Australia, Zambia y Suecia, excepto la consistencia interna de tabaco (.60) que ha sido insuficiente y muy por debajo de los estudios realizados, por ejemplo, en Zambia que con prácticamente el mismo número de muestra (n=108), resultó de .80 (Kane y col., 2016).

Además, se hallaron evidencias de validez concurrente basadas en las relaciones con otros instrumentos (CAST, SDS, CRAFFT, FNTD y MINI-Plus).

Las puntuaciones SSI fueron significativamente más altas para aquellos pacientes con un diagnóstico de actual abuso o dependencia medido mediante la entrevista MINI-Plus, lo que demuestra que los puntos de corte para cada sustancia en relación al consumo moderado o de alto riesgo reflejan un uso problemático de sustancias.

El análisis ROC y la prueba ANOVA mostraron evidencias de una buena validez discriminante, y se encontraron diferencias significativas entre los grupos de uso y abuso de todas las sustancias. La AUC mostró excelentes resultados (AUC >80). También, se halló una buena validez discriminativa (AUC > 90) entre el abuso y la dependencia (alto riesgo) por el alcohol, el cannabis y los sedantes. Para el resto de sustancias sería necesaria una muestra mayor y con una potencia más adecuada para poder validar el poder discriminativo por estas sustancias.

Los puntos de corte óptimos por riesgo moderados obtenidos en este estudio por todas las sustancias son comparables con los estudios de validación de Zambia (Kane y col., 2016) y Suecia (Källmén y col., 2019). En relación a los puntos de corte óptimos por alto riesgo en nuestro estudio, han sido superiores a los recomendados por el estudio original de validación (Humeniuk y col., 2016), especialmente, para alcohol (9 vs. 22,5), tabaco (9 vs. 10, 5), anfetaminas o derivados anfetamínicos (7 vs. 11) y sedantes o pastillas para dormir sin prescripción (7 vs. 13,5). Para cocaína e inhalantes (9 vs. 2,5) ha resultado mucho más bajo que en el estudio original de validación. Esto se debe a las características sociodemográficas de los menores y jóvenes que presentan un elevado consumo de estas sustancias muy superiores a los de las muestras de otros estudios de validación.

Entre las ventajas del ASSIST-Young podemos destacar el menor tiempo de aplicación que con la entrevista MINI-Plus y, especialmente, que engloba todas las sustancias diferenciándolas muy bien y con un lenguaje comprensible y cercano a los jóvenes.

Otra ventaja es que, a pesar de haberse traducido y adaptado del inglés al catalán, no ha presentado problemas metodológicos preservando la estructura unifactorial y manteniendo adecuados valores de consistencia interna. Esto se debe principalmente a que en la construcción original se ha mantenido un lenguaje neutro a nivel cultural que permite su validación en otros países y culturas.

Y por último, la principal ventaja es que actualmente no existe en nuestro contexto ninguna herramienta de cribado que evalúe de forma tan cuidadosa el patrón de consumo estableciendo diferencias según la sustancia consumida y la conducta.

7.2 Prevalencias de consumo

Es la primera vez que se aplica un instrumento para realizar un cribado de consumo de todas las sustancias en esta población. Se han podido evaluar los distintos niveles de consumo y el policonsumo existente en esta población. Si comparamos el consumo en menores y jóvenes de la misma edad podemos ver cómo los menores privados de libertad tienen un patrón de consumo entre 9 y 10 veces mayor que su mismo grupo de edad (ESTUDES, 2021). De esta forma, los menores y jóvenes consumen a diario tabaco (85,5 % vs 9 %) y cannabis (73,3 % vs 3 %). El consumo de riesgo de cannabis medido con el CAST (>4) en nuestra población es del 93 %, mientras que en la población general de la misma edad es del 17,8 %. Además, nuestra población consume a diario 18,8 % pastillas para dormir o hipnosedantes sin prescripción médica, 11,9 % alcohol, 11 % derivados anfetamínicos, 10 % otras sustancias y 9 % cocaína. No existen datos de prevalencia de consumo a diario de estas últimas sustancias dado su bajo consumo en población general de 14 a 18 años (ESTUDES, 2021).

Si comparamos la prevalencia de consumo moderado y alto con el estudio que se realizó en 2010 con población de los centros de justicia juvenil y los menores y jóvenes mediante la herramienta SAVRY (Blanch Serentil y col., 2017), podemos ver cómo nuestros datos son más elevados. Por ejemplo, solo en consumo de alto riesgo de cannabis nuestra población presenta un 78 %, y en el estudio de 2010, el porcentaje acumulativo para todas las sustancias era del 84,1 %.

7.3 Variables sociodemográficas y consumo de sustancias tóxicas

Según los datos analizados de la muestra, podemos decir que las principales características del joven que ingresa en el CE Can Llupià son: tiene 16 años, es originario del Magreb; los padres están separados o divorciados, migrante sin referentes familiares; inicia el consumo previamente a la migración; tiene un diagnóstico previo de T.U.S.; no es reincidente; no ingresa bajo los efectos del consumo, pero ha cometido delitos bajo los efectos del consumo y el delito motivo de ingreso es robo con violencia.

En relación a los factores familiares, los datos de la muestra no correlacionan el consumo problemático y los antecedentes familiares de consumo de sustancias, como se ha evidenciado en otros estudios (Uceda-Maza y col., 2016). Esto puede deberse a que el tamaño de la muestra no sea suficiente para obtener suficiente peso predictor.

Sin embargo, sí que se ha objetivado correlación entre los jóvenes que viven en entornos marginales o sin familia con consumo alto y moderado. Estos datos coinciden con el reciente estudio de Yurrebaso y col., (2022), en el que se han encontrado resultados significativos en los factores de riesgo: carencias prosociales, barrio con problemas sociales y tendencia a un entorno familiar conflictivo.

Los datos también muestran la relación entre reincidencia y mayor incidencia en el consumo de tóxicos, sobre todo en consumo de sedantes o pastillas para

dormir sin receta médica. Así, los datos de nuestro estudio mantienen que el consumo de sustancias tóxicas es un factor con alta capacidad predictiva de la conducta delictiva, tal y como indica la literatura científica (Loinaz y col., 2020; Monteiro, 2018; Blanch Serentil y col., 2017; Uceda-Maza y col., 2016; Jiménez-Martos y Rosser Liminañol, 2013; López y Rodríguez-Arias, 2012; Hoeve y col., 2010, Pagini y col., 2009 y Capdevila y col., 20

En el caso de la violencia filioparental, se asoció con puntuaciones medias significativamente más altas en el consumo de cannabis. A pesar del número bajo de jóvenes (n=15) de nuestra muestra, este dato ha resultado muy significativo. En este sentido, coincidiendo con Loinaz y col., (2020) y Pagini (2009) este factor es muy relevante como predictivo del riesgo individual en relación con la violencia filioparental.

Otro dato relevante es que el 36,6 % de los menores y jóvenes tienen un diagnóstico previo, antes del ingreso en el centro, de Trastorno por Uso de Sustancias, pero ninguno estaba haciendo seguimiento ni tratamiento. Otro dato significativo, es el número bajo de menores y jóvenes con diagnósticos previos de salud mental, esto se debe a que muchos de ellos nunca se han podido vincular a un recurso de salud mental infanto-juvenil a nivel comunitario. Nuestra muestra presenta porcentajes similares de trastorno mental, especialmente TDAH y Trastorno Conductual, que el estudio realizado en E.E.U.U en menores y jóvenes procedentes de centros de justicia juvenil (Thomas y Penn, 2002).

Como conclusión, podemos afirmar que los menores y jóvenes de nuestra muestra presentan una mayor carga de factores de riesgo individual, social y familiar que les hace especialmente vulnerables al consumo de sustancias y sufrir a corto y medio plazo problemas asociados al mismo.

8. Limitaciones y propuestas de futuro

En este apartado, apuntamos de forma breve aquellas limitaciones y propuestas futuras que pueden tener alguna influencia en los resultados de esta investigación. Sin embargo, durante el transcurso de este estudio hemos presentado los motivos que justifican los diferentes pasos que han ido configurando toda la actividad investigadora.

El presente estudio tiene varias limitaciones, siendo más relevante el tamaño muestral y la resultante pequeña representación de determinadas sustancias, como han sido los inhalantes, opiáceos o alucinógenos que han imposibilitado el cálculo de la sensibilidad y especificidad por estas sustancias.

También, debe tenerse en cuenta que el acceso a la muestra ha sido únicamente en uno de los 7 centros educativos de Cataluña y, por tanto, la generalización de los resultados es modesta.

La principal dificultad que hemos encontrado durante la recogida de la muestra ha sido obtener un número significativo de adolescentes comprendidos entre los 14 y 15 años. El bajo ratio de ingresos ha impedido validar el ASSIST-Y en esta franja de edad. Por tanto, sería de gran relevancia si en futuras investigaciones relacionadas con este instrumento se pudiera validar en esta población accediendo a la muestra de menores infractores inimputables.

La siguiente dificultad para la recogida de la muestra ha sido el contexto, dado que el centro de internamiento Can Lluçà presenta unas particularidades concretas que han supuesto un 30 % de pérdida de muestra. Concretamente, el hecho de que algunos ingresos en el centro sean de corta duración ha imposibilitado la administración de las pruebas. En este sentido, poder administrar la prueba en centros donde la previsión de internamiento sea más larga (medidas judiciales firmes) podría ofrecer un mayor volumen de muestra.

Por otra parte, solo se han obtenido puntuaciones en una muestra masculina, puesto que la totalidad de los jóvenes que ingresan en el centro objeto de estudio son de género masculino. Así pues, sería interesante poder ampliar la aplicación a otro centro en el que se encuentran ingresadas jóvenes entre los

14 y los 18 años cumpliendo una medida educativa en régimen cerrado, semiabierto o abierto. Esta propuesta haría posible la comparativa de puntuaciones entre ambos géneros.

Otro punto a comentar sería poder hacer una comparativa, no solo por lo que respecta al género, sino ampliar la muestra a todos aquellos adolescentes que tienen abierto un expediente en la jurisdicción de justicia juvenil para obtener una curva de Gauss más homogénea y no sesgada hacia la derecha, es decir, con puntuaciones tan elevadas como la obtenida en el presente estudio.

En las guías clínicas, se recomienda como buena práctica el cribado del consumo de sustancias de forma temprana especialmente en la población joven que ha tenido problemas con la justicia dado que presentan una gran variedad de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias y, una mayor prevalencia de trastornos mentales o patología dual (Binard y Prichard, 2008; Lynch y col., 2016). Por eso, la herramienta ASSIST-Y puede contribuir a la mejora de la práctica de intervención en población juvenil atendida en justicia juvenil.

Otro aspecto que es de gran importancia, es la necesidad de articular un observatorio que aglutine datos epidemiológicos relacionados con el consumo de los y las menores y jóvenes privados de libertad, dada su elevada prevalencia, de forma que sirva para diseñar programas de intervención adecuados para prevenir, incidir y reducir el consumo de sustancias y prevenir la reincidencia. Por otra parte, estos programas deben contemplar la perspectiva intercultural dada la elevada prevalencia de menores y jóvenes migrados que parten de realidades y oportunidades muy diversas.

Por último, el cribado de T.U.S. con instrumentos validados en población joven, especialmente la población atendida por justicia juvenil, nos puede ofrecer la oportunidad de identificar las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias, establecer un posible diagnóstico y ofrecer una intervención motivacional para derivar a tratamiento especializado, mejorando la atención y el abordaje de esta problemática desde la primera entrevista y administración de la herramienta de cribado. La herramienta ASSIST-Young está diseñada y

validada para ofrecer esta intervención y, por tanto, como propuesta de una línea futura de trabajo, sería conveniente adaptar los materiales de sensibilización y estructurar la intervención motivacional diseñando una guía que oriente a las personas profesionales no expertas en adicciones, del ámbito de la justicia juvenil, a intervenir de forma temprana en esta población.

9. Referencias bibliográficas

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. y 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.

Área de Planificación y Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima, SMPRAV, 2020.

Arroyo Fernández, A., Leal Bazán, M. y Marrón Moya, T. (2012). *Valoración del impacto y la repercusión de las drogas de diseño en el medio judicial. Aspectos forenses en los ámbitos civil y penal*.

Asamblea de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos de los niños: Declaración adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de 20 de noviembre de 1989*. Nueva York: Naciones Unidas

Åslund, O., Edin, P. A., Fredriksson, P. y Grönqvist, H. (2011). *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. y 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., y 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, W., Rollnick, S.

Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P. y 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. y 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., y col. (2017). *La reincidència en la Justícia de menors. Àrea de Investigació y Formació Social y Criminològica*. Barcelona. Centro de Estudios Jurídicos y Formación especializada. Generalitat de Catalunya.

Bohn, M. J., Babor, T. F. y 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.

- Bruntland, G. H. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Vida: Academia Biomédica Digital, (14), 12.
- Capdevila Capdevila M. Ferrer Puig M. y Luque Reina M. E. (2005). *La reincidencia en el delito en la justicia de menores*. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada. Generalitat de Cataluña.
- Carrasco Gimenez, T. J., Adame, M. L. y 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. y 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 disposiciones comunes de funcionamiento de Centros Educativos de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y Justicia Juvenil.
- Claramunt, J. (2020). Datos obtenidos del Equipo de salud Mental y Adicciones (ESMIA). Fundación San Juan de Dios.
- Contel Guillamón, M., Gual Solé, A. y 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. y Cano Lozano, M. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31-38.
- Cote-Menéndez, M., Uribe-Isaza, M. M. y 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. y 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*, 297-334.

Crum, R. M., Lillie-Blanton, M. y 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. y 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. y 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.

Datos obtenidos de la SMPRAV. (2020). Área de Planificación y Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima. Departamento de Justicia.

D'Amico, E. J., Parast, L., Meredith, L. S., Ewing, B. A., Shadel, W. G. y 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. y 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.

Declaración de Singapur, en el marco de la II Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, 2012.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A, Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D. y 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, Departamento de Acción Social y Ciudadanía y Vila, P. P. (2020). Observatorio de los derechos de la infancia. En Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Consultado en https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescenc/e/observatori_drets_infancia

Departamento de Salud. (2012). Encuesta de salud de Cataluña-2010.

Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Trípoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H. y 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., y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.

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

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

Hingson, R. W. y 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.,... y Simón, S. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039-1047.

Humeniuk, R., Holmwood, C. y 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.,... y 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 healthcare settings in four countries. *Addiction*, 107(5), 957-966.

Humeniuk, R., Holmwood, C., Beshara, M. y 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. y Rosser Liminana, A. (2013). Delincuencia juvenil y consumo de drogas: factores influyentes.

Källmén, H., Berman, A. H., Jayaram-Lindström, N., Hammarberg, A. y 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. y 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. y 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. y Ramírez, 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. y 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. y 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. y 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. y Gendreau, P. (2002) Beyond Correctional Quackery. Professionalism and the Possibility of Effective Treatment. *Federal Probation*, 66 (2):43-49.
- Loinaz, I., Barboni, L. y de Sousa, A. M. (2020). Gender differences in child to parent violence risk factors. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(3), 408-4.
- López-Lazcano, A. I., López-Pelayo, H., Balcells-Oliveró, M. y Segura, L. (2021). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in acute psychiatric inpatients. *Adicciones*, 1496-1496.
- López, S. y 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.

Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal de los menores.

Ley orgánica 3/2018, de 5 de noviembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales.

Ley orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y ejecución de infracciones penales y ejecución de sanciones penales.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

Ley 25/2020, de 29 de julio, del Libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y familia.

Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de Justicia Juvenil.

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

McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S. y 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. y 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. y 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.

Montero, 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. y 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.

Orden JUS/68/2007, de 20 de marzo, de creación del Centro Educativo Can Llupià en el término municipal de Barcelona.

Pagani, L. S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y 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. y 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. y 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.

Reglamento (UE) 2016/679 Reglamento General de Protección de Datos Personales.

Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad (Reglas de La Habana, 1990).

Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, de la responsabilidad penal de los menores.

Real Decreto de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil.

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T.,... y 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. y 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. y 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. y 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., Ramírez, M. C., del Prado Sánchez, N., Mendoza, J. C. y Mas, J. M. (2018). Delito y patología mental. Estudio de reincidencia de los jóvenes con

- trastorno mental atendidos en el sistema de Justicia Juvenil de Cataluña. *Invesbreu Criminologia*, (77), 6-9.
- Skogen, J. C., Bøe, T., Knudsen, A. K. y 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. y 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. y Mitchell, S. (2007). The national criminal justice treatment practices survey: Multilevel survey methods and procedures. *Journal of substance abuse treatment*, 32(3), 225-238.
- Tomás, C. R. y 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. y 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.
- Toumbouru, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. y 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., y Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de estudios sociales*, (58), 63-75.
- Valenzuela, E. y 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, Bertolo, J., Barba, R. J.,... y 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. y 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. y 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.,... y 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. y 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 de Internet, derecho y 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. Anexos

10.1 Anexo 1. ASSIST-Y para jóvenes de 15 a 17 años

ASSIST-Y (PARA PERSONAS MENORES O JÓVENES DE 15 A 17 AÑOS)

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CENTRO

IDENTIFICACIÓN

FECHA

O NOMBRE DEL USUARIO/ÁRIA

INTRODUCCIÓN (Por favor, lea esta introducción a la persona menor o joven. Puede adaptar la al contexto cultural o social.

Te haré algunas preguntas sobre tu experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de tu vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden consumir de diferentes maneras; por ejemplo, se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o colocar bajo la lengua. Es importante que intentes responder a todas las preguntas de la manera más sincera y precisa posible.

La información que des se tratará de manera estrictamente confidencial/privada, pero tendré que informar a tus padres o tutores si tu consumo de sustancias te pone "en riesgo" de alguna manera o si queda amenazada tu seguridad inmediata. Si considero que sería útil que tus padres o tutores conocieran esta información, te lo comentaré primero a ti.

Cuando te haga las preguntas, interrumpe si quieres que te repita alguna o si hay alguna cosa que no entiendas inmediata.

Nota: puede haber situaciones en las que el usuario/aria tome alguna sustancia con fines médicos (por ej., medicamentos para el dolor, para el TDAH). No registre los medicamentos si los usa tal como los ha recetado el médico (por ej., la dosis, la vía y la frecuencia correctas). Evite dar demasiados detalles sobre los nombres o los tipos de sustancias específicas. Refiriéndose a grupos amplios de sustancias a no ser que el usuario/aria indique que las consume.

Pregunta 1 (Por favor, rodee con un círculo cada respuesta por cada sustancia.)

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura,	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
J. Otras, especifique:	No	Sí

En caso que todas las respuestas sean negativas, insista un poco: "Entiendo que algunas de estas preguntas pueden ser un poco difíciles o incómodas de responder, pero es importante que seas sincero/a para que te podamos ayudar con cualquier problema que tengas."

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.
Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Nota: a las preguntas 2 a 6, es posible que tengáis que determinar la frecuencia de consumo pertinente según la respuesta del usuario/a

Pregunta 2 (Por favor, rodee con un círculo cada respuesta por cada sustancia.)

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó en la anterior pregunta (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
J. Otras, especifique:	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia en la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

Pregunta 3 (Por favor, rodee con un círculo cada respuesta por cada sustancia.)

PREGUNTA 3 Has consumido (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, TERCERA DROGA, ETC.) cuando has estado alejado /a de tus situaciones sociales habituales o de tus amigos/as (por ejemplo, cuandoe stás solo/a)? Si la respuesta es que sí, con qué frecuencia ha pasado esto en los últimos tres meses para (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, TERCERA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
J. Otras, especifique:	0	3	4	5	6

Aclaración sobre las "situaciones sociales": nos referimos a circunstancias en las que por ejemplo se asista a una fiesta o a un acontecimiento social donde hayan más personas consumiendo sustancias.

Si la respuesta es "no", pasar directamente a la pregunta 4.

PREGUNTA 4 El consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.) te ha causado problemas de salud, en la escuela, sociales o familiares, con la policía, legales o económicos? Si la respuesta es que sí, con qué frecuencia ha pasado esto en los últimos tres meses para (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, TERCERA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
J. Otras, especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 El consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, etc) ha interferido en la realización de tus actividades habituales (por ejemplo, asistencia escolar, participación en actividades recreativas o deportivas, realización de tareas escolares, expectativas familiares, acontecimientos familiares, hacer los deberes, etc.)? Si la respuesta es que sí, con qué frecuencia ha pasado esto en los últimos tres meses para la (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, TERCERA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 6 ¿Un/a amigo/a, un familiar o alguna persona, alguna vez ha mostrado preocupación por tus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
J. Otras, especifique:	0	6	3

PREGUNTA 7 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)	*	*	*

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas por vía intravenosa deben ser clasificados automáticamente como personas de **ALTO RIESGO** y requieren una intervención breve y la derivación a un centro o servicio de tratamiento especializado.

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



ASSIST-Y FOR YOUNG PEOPLE

Aged 15-17 Years

adelaide.edu.au



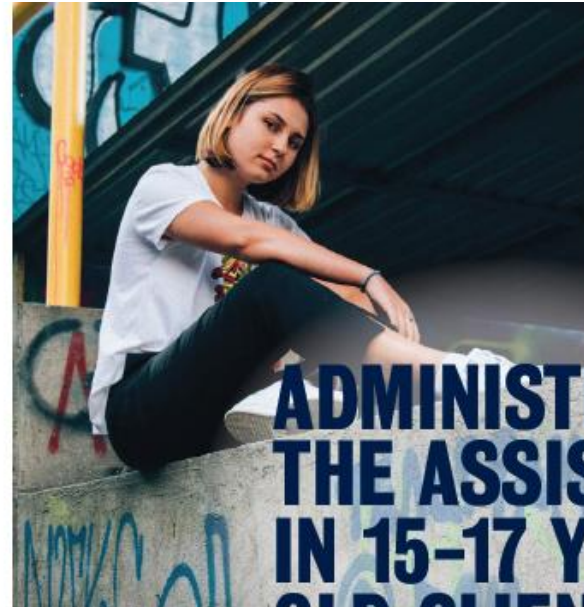
CONTENTS

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

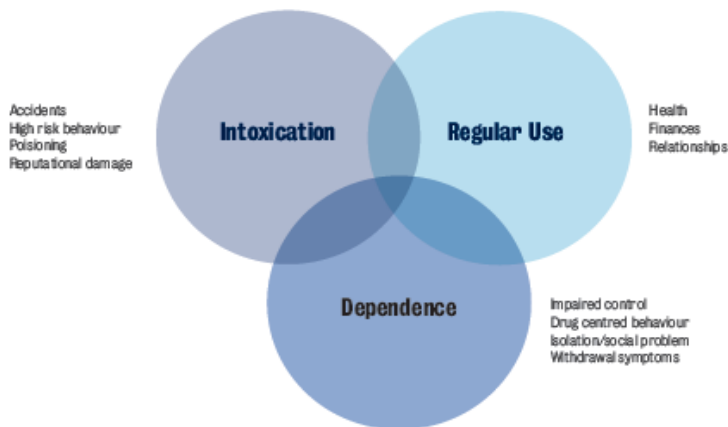
As previously summarised, the main differences lie in the cut-off scores classifying use as 'Moderate' or 'High' risk. In addition, maximum total scores for each substance used will also differ given the removal of question 7.

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 Thorley¹ 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

Zinberg² 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.

¹ Thorley, A (1980) Medical responses to problem drinking, *Medicine*, 35, 1816-1822

² Zinberg, E (1984) *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxication*. 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 entities³. 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 the consider why it's important to change.

³West, 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 Rollnick⁴. 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 steps⁵:

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:

OARS

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 way⁶. 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 affirming 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 'choking it' 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.

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

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

⁶ 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 focused 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.^{1,2}

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 resistance³. 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 so⁴.

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.

¹ 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.

² 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.

³ Bieri TH, Miller WR and Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88;315-336.

⁴ 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,

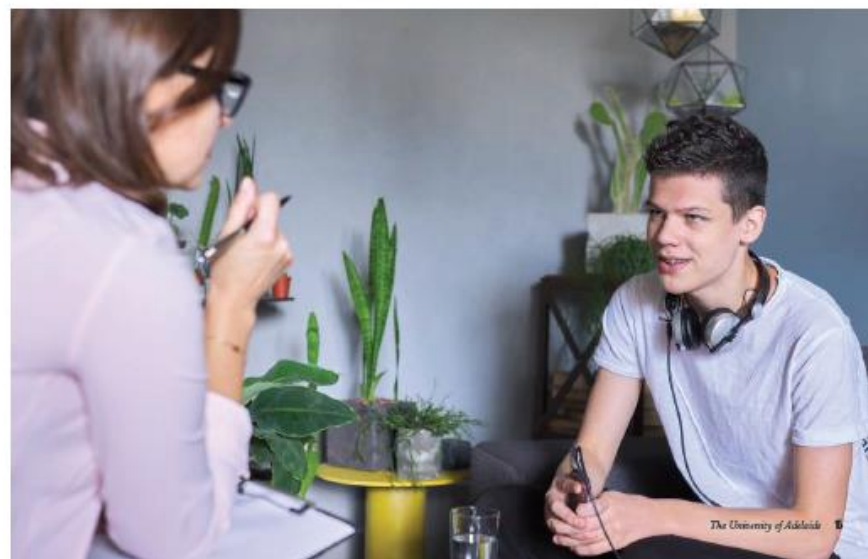
are more likely to have a range of problems later in life including those directly related to drug use and other health/mental health risks.

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.



The University of Adelaide

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. (i.e. 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 (i.e. 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 Anexo 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 Anexo 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 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 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 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 de 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 Anexo 5. Test de Fagerström dependencia Nicotina (FTND)

Test de Fagerström breve para la dependencia física a la nicotina

- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta fumar el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos: 3 puntos
 - De 5 minutos a 30 minutos: 2 puntos
 - De 31 minutos a 60 minutos: 1 punto

- ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día?
 - Más de 30: 3 puntos
 - De 21 a 30: 2 puntos
 - De 11 a 20: 1 puntos

La puntuación es:

- De 5 a 6: Dependencia alta
- De 3 a 4. Dependencia moderada
- De 0 a 2: Dependencia baja

10.6 Anexo 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 Anexo 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. Hugueta, 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, "éther", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

Mariguana: 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 *
DEPENDENCIA DE DROGAS	
DE POR VIDA	

- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| 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="checkbox"/> SÍ *
DEPENDENCIA DE DROGAS	
ACTUAL	

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 OCASIONÓ 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
ABUSO DE DROGAS		
ACTUAL		

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

M13a ¿MARCÓ NO EN M12d DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA?

SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

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.

NO	SÍ	22
TRASTORNO PSICÓTICO		
Debido a una Enfermedad Médica		
Actual <input type="checkbox"/>		
De Por Vida <input type="checkbox"/>		
Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/>		

M13b ¿MARCÓ NO EN M12d DEBIDO A USO DE DROGAS?

SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

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).

NO	SÍ	23
TRASTORNO PSICÓTICO		
Inducido por Sustancias		
Actual <input type="checkbox"/>		
De Por Vida <input type="checkbox"/>		
Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/>		

M14 ¿Cuál fue el periodo más largo durante el cual tuvo esas creencias o experiencias?
SI <1 DIA, IR A LA SIGUIENTE SECCION.

_____ 24

M15 a Durante o después de un periodo en el cual tuvo estas creencias o experiencias, ¿tuvo dificultad trabajando o relacionándose con otros, o cuidándose a usted mismo?

NO SÍ 25

b SI SÍ, ¿Cuánto duraron estas dificultades?
SI ≥6 MESES, IR A M16.

_____ 26

c ¿Ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado debido a estas creencias o experiencias, o por las dificultades causadas por estos problemas?

NO SÍ 27

d SI SÍ, ¿Cuál ha sido el periodo de tiempo más largo que ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado por estos problemas?

_____ 28

M16 a EL PACIENTE INFORMO INCAPACIDAD (MARCÓ SI EN M15a) O FUE TRATADO U HOSPITALIZADO POR PSICÓSIS (M15c = SÍ).

NO SÍ 29

b BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA, CALIFIQUE LA INCAPACIDAD DE POR VIDA DEL PACIENTE CAUSADA POR LA PSICOSIS.

30

ausente 1
leve 2
moderada 3
severa 4

M17 ¿CUAL FUE LA DURACION TOTAL DE LA PSICOSIS, TOMANDO ENCUENTA LA FASE ACTIVA (M14) Y LAS DIFICULTADES ASOCIADAS (M15b) Y LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS (M15d)?

1 ≥1 día a <1 mes 31
2 ≥1 mes a <6 meses
3 ≥6 meses

CRONOLOGÍA

M18 a ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener estas creencias o experiencias poco usuales?

edad 32

b ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántas veces ha tenido episodios significativos de creencias o

33

10.8 Anexo 8. Formulario recogida datos sociodemográficos

DATOS PERSONALES			
Muerte Progenitor/a	SI edad: NO	A qué Quién:	
Separación o Divorcio de padre		SI NO	A qué edad:
Antecedentes personales de:		Abuso sexual Maltrato físico Maltrato psicológico <i>Bulling</i> Otros	
Madre	Trastorno Mental Retraso Mental Adicción Tóxicos Problemas Justicia Desconoce	Padre	Trastorno Mental Retraso Mental Adicción Tóxicos Problemas Justicia Desconoce
Proceso Migratorio			
Edad Migración:		Inicio consumo tóxicos proceso migratorio	SI NO
Tipo de Migración	Sólo Acompañado por familiar primer grado Acompañado amigos	¿Qué sustancia?	
ANTECEDENTES CONSUMO			
TUS DIAGNOSTICADO	SI NO	Seguimiento CAS	SI NO
¿Delitos bajo los efectos del consumo?		SI NO	

UNIDAD	<input type="checkbox"/> Xaloc	Edad:
	<input type="checkbox"/> Garbí	Iniciales:
	<input type="checkbox"/> Mestral	Fecha de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Llevant	
Motivo de ingreso al centro:		
Fecha Entrevista:	País origen	
Fecha ingreso al centro:	Reincidencia	SI
Ingreso bajo los efectos de sustancias	SI	Qué sustancia:
	NO	
¿Dónde vive?	Centro DGAIA	
	Familia	
	Calle	
	Casas Ocupas	
¿Familiar primer grado consumo tóxicos?	SI	¿QUIÉN? _____
	NO	¿A qué? _____
Retraso o Trastorno Mental diagnosticado del menor o joven	SI	Trast. Pers.
		TND
	NO	TDAH
		¿Cuál?
		T. Disocial
T. Psicótico		
	Retraso M.	
	T.O.C	
	S.Guilles-T	
	Otro: _____	

10.9 Anexo 9. Documento de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DE DATOS CEDIDOS PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA VALIDACIÓN Y FIABILIZACIÓN del *ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLMENT SCREENING TEST PARA JÓVENES (ASSIST-Y)* EN MENORES Y JÓVENES INTERNADOS EN CENTROS EDUCATIVOS DE JUSTICIA JUVENIL.

¿Qué es ASSIST-Y?

ASSIST-Y es un instrumento de cribado rápido de consumo de sustancias en población joven que discrimina entre el consumo problemático o dependencia y consumo de riesgo o de abuso. Además, nos ayudará a buscar el tratamiento más adecuado para incidir de forma positiva en la problemática detectada.

El test consta de 7 preguntas de respuesta ágil en relación con el consumo de sustancias tóxicas y otros aspectos de tu vida que pueden estar relacionados. El test tiene una duración de unos 20 minutos aproximadamente.

ASSIST-Y es una herramienta que se está utilizando en otros países, como Australia, con las finalidades que hemos indicado.

El objetivo de la investigación es validar este instrumento como herramienta de cribado del consumo de sustancias tóxicas entre los chicos y chicas internados en los centros de justicia juvenil de Cataluña para encontrar la intervención más adecuada.

No existen riesgos de ningún tipo en tu participación.

No está prevista ninguna compensación por participar.

¿Qué haremos con los datos que nos facilites a través de tu participación?

Los datos que nos facilites en el test, siempre que prestes tu consentimiento de forma específica, serán utilizados únicamente por esta investigación científica.

En esta investigación, tu identidad se mantendrá confidencial y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si fuera el caso de que se tuvieran que presentar casos de estudio, se utilizarían siempre seudónimos y tu identidad no será revelada.

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima.

Si te lo repensas, puedes dejar de contestar el test en cualquier momento sin consecuencias negativas, solo tienes que decirlo.

¿Quién cuidará de mis datos personales?

De conformidad con lo que establece el Reglamento 679/2016 y la L.O. 3/2018, te informamos que los datos de carácter personal que nos comuniqués en tu participación en test ASSIST-Y **son confidenciales** y serán tratados e incorporados en un fichero de datos personales, cuya responsable es **Núria Ibáñez Martínez (NIP 9612)**, investigadora principal de la investigación.

¿Por qué debe haber un archivo con los datos personales?

La finalidad de su creación, existencia y mantenimiento del archivo de datos personales es el tratamiento estadístico para poder evaluar y validar el cuestionario. Una vez se valide y finalice el plazo legal, este fichero será destruido garantizando tu anonimato.

¿Quién tendrá acceso a mis datos personales?

Estos datos serán tratados por **Núria Ibáñez Martínez** y el resto de investigadores/as y colaborador/as.

Necesidad de obtención de datos y consentimiento:

Mediante la firma del presente documento, se entiende que has dado tu consentimiento para todos los tratamientos de datos de carácter personal anteriormente descritos y, en especial, para el tratamiento de los datos relativos a tu salud que sean necesarios para la correcta prestación de servicios. Los

datos de carácter personal se conservarán en cumplimiento de los plazos legales de prescripción que resulten de aplicación.

¿Qué derechos puedo ejercer y cómo?

Puedes ejercer tus derechos de información, acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos personales mediante escrito dirigido a Núria Ibáñez Martínez a la dirección de correo electrónico: nuria.ibanezm@gencat.cat. Asimismo, podrás dirigirte a la Autoridad de control competente para presentar la reclamación que consideres oportuna.

PRESTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN Y EN TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

CÓDIGO DE REFERENCIA DE PARTICIPANTE:

Código	Udidad	Ini. Nombre y apellido	Fecha/Nac

- He sido informado del objetivo de la investigación** para la validación del ASSIST-Y, así como del **tratamiento que se hará de los datos personales** que ceda en la participación de la investigación.

- Manifiesto mi consentimiento de participar de forma voluntaria** en la investigación para la validación de ASSIST-Y y **autorizo** a que mis datos personales puedan ser tratados con el objetivo y la forma que he sido informado.

FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE TUTOR/A LEGAL (EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE SEA MENOR DE 16 NYS)

Barcelona, a ____ de _____ de 2022

10.10 Anexo 10. Estadísticas descriptivas del ASSIST-Y

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Media</i>	<i>Rango Intercuantil</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Q2_Tabac	101	5,36	1,706	6	0	-2,608	5,393
Q2_Alcohol	101	2,81	1,896	3	2	-,119	-,834
Q2_Cànnabis	101	4,82	2,147	6	2	-1,528	,691
Q2_Cocaïna	101	1,51	2,086	0	4	,980	-,498
Q2_Amfetamina	101	1,50	2,138	0	3	1,052	-,373
Q2_Inhalants	101	,36	1,064	0	0	3,258	10,887
Q2_Sedants	101	2,02	2,396	0	4	,644	-1,205
Q2_Alucinógenos	101	,42	1,168	0	0	3,200	10,675
Q2_Opioides	101	,27	,948	0	0	4,042	17,583
Q2_Altres	101	1,12	2,031	0	2	1,552	,891
Q3_Tabaco	101	4,66	2,442	6	1	-1,372	-,053
Q3_Alcohol	101	1,83	2,433	0	5	,723	-1,270
Q3_Cannabis	101	4,41	2,409	6	3	-1,134	-,463
Q3_Cocaïna	101	1,01	2,002	0	0	1,648	1,053
Q3_Anfetamina	101	,85	2,007	0	0	2,018	2,260
Q3_Inhalants	101	,31	1,181	0	0	3,912	14,535
Q3_Sedantes	101	1,67	2,434	0	4	,929	-,910
Q3_Alucinógenos	101	,22	,996	0	0	4,689	21,548
Q3_Opioides	101	,24	,991	0	0	4,340	18,803
Q3_Otros	101	,70	1,879	0	0	2,398	3,969
Q4_Tabaco	101	1,03	2,220	0	0	1,852	1,802
Q4_Alcohol	101	1,75	2,598	0	4	,914	-,984
Q4_Cannabis	101	3,21	3,176	4	7	,074	-1,876
Q4_Cocaïna	101	,96	2,213	0	0	2,027	2,478
Q4_Anfetamina	101	1,09	2,223	0	0	1,752	1,542
Q4_Inhalants	101	,19	1,093	0	0	5,807	32,960
Q4_Sedantes	101	1,93	2,871	0	5	,921	-,991
Q4_Alucinógenos	101	,15	,865	0	0	5,860	33,876
Q4_Opioides	101	,15	,888	0	0	6,356	42,149
Q4_Otros	101	,90	2,142	0	0	2,098	2,755
Q5_Alcohol	101	1,53	2,886	0	0	1,425	,175
Q5_Cannabis	101	3,74	3,786	5	8	,065	-1,954
Q5_Cocaïna	101	1,19	2,770	0	0	1,946	1,887
Q5_Anfetamina	101	,70	2,067	0	0	2,759	6,148
Q5_Inhalants	101	,31	1,521	0	0	4,817	21,709
Q5_Sedantes	101	1,78	3,164	0	4	1,271	-,290
Q5_Alucinógenos	101	,05	,498	0	0	10,050	101,000
Q5_Opioides	101	,23	1,311	0	0	5,658	30,748
Q5_Otros	101	,88	2,338	0	0	2,374	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_Cannabis	101	3,98	2,653	6	6	-,696	-1,367
Q6_Cocaïna	101	1,43	2,459	0	3	1,248	-,323
Q6_Amfetamina	101	1,22	2,252	0	2	1,486	,468
Q6_Inhalants	101	,30	1,082	0	0	3,922	15,780
Q6_Sedentarias	101	1,81	2,686	0	6	,874	-1,183
Q6_Alucinógenos	101	,42	1,344	0	0	3,337	10,460
Q6_Opioides	101	,37	1,488	0	0	4,584	22,418
Q6_Altres	101	1,05	2,338	0	0	1,960	2,434

10.11 Anexo 11. Matriz de los componentes rotados mediante la AFE

	Test ítem	Factor 1	Factor 2
Tabaco	Q2	.852	
	Q3	.815	
	Q4	.470	
	Q6	.515	
Alcohol	Q2	.809	
	Q3	.732	
	Q4	.833	
	Q5	.665	
	Q6	.721	
Cannabis	Q2	.864	
	Q3	.855	
	Q4	.767	
	Q5	.761	
	Q6	.743	
Cocaína	Q2	.895	
	Q3	.813	
	Q4	.874	
	Q5	.821	
	Q6	.830	
Anfetaminas	Q2	.893	
	Q3	.763	
	Q4	.720	
	Q5	.642	
	Q6	.809	
Sedantes	Q2	.923	
	Q3	.899	
	Q4	.912	
	Q5	.824	
	Q6	.863	
Inhalantes	Q2	.243	.832
	Q3	.600	.578
	Q4	.773	-.389
	Q5	.665	-.412
	Q6	.714	-
Alucinógenos	Q2	.792	-.233
	Q3	.795	-.337
	Q4	.653	.552
	Q5	.282	.865
	Q6	.716	-.212
Opiáceos	Q2	.609	.701
	Q2	-	.958
	Q3	.914	-
	Q4	.665	-
	Q5	.521	.457

Q2= Frecuencia consumo, Q3= uso no social del consumo Q4= Problemas consumo,
Q5= Consecuencias consumo, Q6= Preocupación por el consumo

10.12 Anexo 12. Validez discriminante entre ASSIST-Y y la Entrevista MINI-Plus

	Área bajo la Curva ROC			J	ASSIST-Puntall	ANOVA dif. media	p
	ROC (95 % CI)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)				
Alcohol so/abuso	.78 (.68, .88)	69,0	80,0	.49	6,5	9,1	<.001
Abuso/dependencia	.78 (.59, .96)	55,6	92,6	.48	22,5	9,9	.001
Cannabis so/abuso	.94 (.89, .99)	88,9	100	.89	1	20,7	<.001
Abuso/dependencia	.87 (.78, .97)	94,2	71,8	.65	10,5	16,9	<.001
Cocaína so/abuso	.86 (.76, .95)	75,0	97,2	.72	1	9,0	<.001
Abuso/dependencia	.70 (.44, .97)	75,0	69,1	.44	2,5	5,6	.108
AFT so/abuso	.72 (.60, .85)	75,0	73,6	.49	1	5,2	.006
Abuso/dependencia	.76 (.63, .89)	66,7	78,4	.45	11	5,1	.158
Sedantes so/abuso	.85 (.76, .94)	75,6	91,4	.67	1	13,7	<.001
Abuso/dependencia	.82 (.69, .96)	81,3	81,7	.63	13,5	15,9	<.001
Inhalantes so/abuso	.59 (.44, .74)	34,8	81,1	.16	1	2,1	.011
Abuso/dependencia	.62 (.22, .99)	50,0	82,4	.32	2,5	.0	.496
Alucinógenos so/abuso	.70 (.58, .82)	40,5	100	.41	1	2,2	<.001
Abuso/dependencia	-	-	-	-	-	1,1	.264
Opiáceos so/abuso	.70 (.53, .87)	50,0	91,9	.42	1	3,3	.002
Abuso/dependencia	-	-	-	-	-	-	-