



Jueves 13 de febrero de 2020

Mesa redonda:

Alcohol, drogas y entorno

Moderadora:

Mercedes del Río Garma

Pediatra. CS Los Tilos. Teo. A Coruña.

Vocal Santiago de AGAPap.

Ponentes/monitores:

- **Planet Youth. La experiencia de Tarragona y otras ciudades de Cataluña**
Patricia Ros García

Representante Regional de Planet Youth para España y Latinoamérica.

- **Prevención ambiental en alcohol y drogas**

Gregor Burkhart

European Monitoring Center for the Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA).

- **Alcohol y adicciones con y sin sustancias. Herramientas de detección**

Antonio Rial Boubeta

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Rial Boubeta A, García-Couceiro N. Alcohol y adicciones con y sin sustancias. Herramientas de detección. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 41-53.



Comisión de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Alcohol y adicciones con y sin sustancias. Herramientas de detección

Antonio Rial Boubeta

Facultad de Psicología.

Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña.

antonio.rial.boubeta@usc.es

Nuria García-Couceiro

Facultad de Psicología.

Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña.

n.garcia.couceiro@usc.es

RESUMEN

El descenso de las edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias y el crecimiento de las “adicciones comportamentales” (reflejado en el Uso Problemático de Internet y las redes sociales, la adicción a los videojuegos o el juego *online*) sugieren más que nunca un cambio de enfoque en la labor de los dispositivos sociosanitarios de Atención Primaria, que han de ser más proactivos en la detección precoz y la intervención ante este tipo de problemas. Aunque existen algunas iniciativas o experiencias puntuales precedentes, a día de hoy seguimos sin disponer de una verdadera sistemática de detección precoz e intervención breve, debidamente protocolizada, fundamentada clínicamente y validada en el día a día de la consulta pediátrica, que pueda ser utilizada de forma sencilla y con garantías. Esta es la filosofía del *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT), cuya principal referencia internacional es el *Center for Adolescent Substance Abuse Research* (CeASAR) de la Universidad de Harvard y que ha servido de modelo para que un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela, financiados por el Plan Nacional sobre Drogas y con el apoyo de Asociación Galega de Pediatría de Atención Primaria (AGAPap) hayan elaborado y pilotado un sistema de cribado y consejo breve para adicciones tanto “con” como “sin” sustancia en los servicios de Pediatría de la comunidad gallega. Se recoge en las siguientes líneas los principales aspectos relacionados con su vertiente de cribado.

INTRODUCCIÓN

La problemática relacionada con las adicciones con y sin sustancia constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública, tanto en España como en el conjunto de países de la Unión Europea. La evidencia disponible apunta a la aparición de conductas adictivas a edades cada vez más tempranas y a pesar de que los datos recogidos en la última Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES 2016), señalan una discreta disminución en el consumo de algunas sustancias, como el alcohol o la cocaína, otras, como el tabaco, el cannabis o las drogas de diseño continúan ganando adeptos entre los más jóvenes¹.

El alcohol continúa siendo la droga más consumida por la población general. El 75,2% de los españoles de edades comprendidas entre 15 y 64 años aseguran haber consumido alcohol en el transcurso del último año, constatándose además un aumento progresivo en las tasas de consumo de riesgo¹. El número de muertes atribuibles al consumo del alcohol en el año 2016 alcanzó según la OMS los 3 millones en todo el mundo, lo que supone el 5,3% de las muertes mundiales totales². En nuestro país 3621 personas fallecieron ese mismo año a causa de cirrosis hepática alcohólica, 7264 lo hicieron por algún cáncer atribuible al alcohol (lo que constituye un 6,43% de todas las muertes por cáncer) y 590 a causa de accidentes de tráfico en los que el alcohol estuvo implicado (el 31% de todas las muertes por accidentes de tráfico)². Estas cifras sitúan al consumo de alcohol como una de las principales causas evitables de morbimortalidad³.

Centrándonos ya en la población infanto-juvenil, según el ESTUDES 2016, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por los adolescentes españoles, duplicando al consumo de tabaco. Así, por ejemplo, el porcentaje de estudiantes de entre 14 y 18 años que aseguran haber consumido alcohol en los últimos 12 meses asciende al 75,6%, mientras que dicha cifra referida al último mes se sitúa en el 67%⁴. Estos datos, no dejan de sugerir una alerta sanitaria debido a la morbilidad juvenil que provoca el alcohol y que está con-

formada por un amplio abanico de perturbaciones, que van desde la disminución en la calidad de vida⁵, hasta las alteraciones neurocognitivas⁶.

Otro de los elementos que preocupa en sobremedida a los expertos tiene que ver, no tanto con los niveles de prevalencia, sino con los patrones de consumo y, en particular, con las borracheras y el denominado *binge drinking*. Tal y como reflejan trabajos como el de Carbia *et al.* (2018) o el de Golpe *et al.* (2017), los episodios de ingesta intensiva de alcohol en los adolescentes tienen importantes consecuencias tanto a nivel cerebral⁶ como a nivel de policonsumo, de conductas de riesgo y de deterioro de la convivencia⁷. Además, lejos de que las cifras sugieran que esta problemática va disminuyendo, el último ESTUDES recoge que un 31,7% de los escolares relatan haber practicado *binge drinking* en los últimos 30 días, con el consecuente impacto sobre la salud que ello supone⁸. Sorprende, además, que haya diferencia entre este porcentaje y el porcentaje que admite haberse emborrachado^{4,8,21}, lo que hace presuponer que un 10% de los jóvenes de entre 14 y 18 años, pese a haber ingerido cinco o más bebidas alcohólicas en un mismo episodio, no tienen conciencia de haber estado ebrios. No obstante, parece que la falta de percepción de riesgo no afecta únicamente a los jóvenes, pues el 48,3% de los padres son conocedores del consumo abusivo de alcohol de sus hijos y lo permiten⁴.

Suscita también una enorme preocupación la edad de inicio de consumo de alcohol y del resto de sustancias, que en nuestro país se sitúa en los 14 años en el caso del alcohol y en 14,1 años en el caso del tabaco. No obstante, un trabajo reciente llevado a cabo por Rial *et al.* (2018) en el que se incorpora al marco muestral la franja de 12-13 años, advierte que la edad de inicio del consumo de alcohol podría ser realmente inferior a la que recogen las fuentes oficiales, situándose en los 13,4 años. Al mismo tiempo, los autores insisten en la existencia de una correlación significativa entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la edad de inicio del consumo del resto de sustancias, por un lado, y con el consumo de riesgo, por otro⁷.

Atendiendo a las diferencias en el consumo por sexos, se observa que el 50,3% de las consumidoras adolescentes son mujeres⁴. Este porcentaje, que ha ido aumentando conforme las normas sociales se han alejado de los roles tradicionales de género, suscita una preocupación añadida en la comunidad científica, en tanto en cuanto las mujeres, en el mismo nivel de consumo que los hombres, son más vulnerables a los daños producidos por el alcohol⁹, debido, entre otros, a niveles más bajos de enzimas deshidrogenasas y a una mayor proporción de grasa/agua del cuerpo femenino, que hacen que los niveles de alcohol aumenten más rápidamente después de la ingesta^{10,11}. De este modo, se debe tener en cuenta que la morbilidad atribuible al alcohol ha aumentado y se espera que siga aumentando, de manera más pronunciada, entre las mujeres, que entre los hombres¹².

En cuanto al cannabis, este continúa siendo la droga ilegal más consumida en España en todos los grupos de edad. Un 11% de la población general de entre 15 y 64 años asegura haber consumido cannabis en el último año, lo que suscita un repunte del consumo, que, tras haber sufrido un descenso de más de un punto porcentual a principios de esta década, se había venido manteniendo estable en las últimas encuestas estatales¹. Pese a que esta cifra de prevalencia referente a todas las franjas de edad ya es alta, en el grupo de 14 a 18 años el consumo es mayor, situándose en un 26,3% en los últimos 12 meses⁴.

La edad de inicio de consumo de cannabis, según las fuentes oficiales, en España se sitúa en torno a los 14,8 años⁴. Además, cabría añadir que el 38,3% de los que probaron el cannabis, lo hicieron con 14 años o menos¹², algo que resulta ciertamente preocupante, dadas las consecuencias para la salud en las que insiste la literatura científica¹³⁻¹⁶. El consumo durante el periodo de desarrollo, donde el cerebro de los jóvenes es intrínsecamente más vulnerable que un cerebro maduro, determina que los efectos adversos a largo plazo de las agresiones ambientales, como la exposición a las sustancias tóxicas que componen el cannabis, sean más marcados¹⁷.

Lejos de que, los problemas relacionados con el consumo de sustancias de los más jóvenes, se reduzcan a drogas archiconocidas como el alcohol y el cannabis, la problemática se enquistó aún más con las nuevas sustancias emergentes. El consumo entre los adolescentes de sustancias como el éxtasis, las anfetaminas y la metildioximetanfetamina (MDMA) se ha visto incrementado en los últimos años, llegando, en el caso del éxtasis, a duplicarse las cifras de prevalencia con respecto al año 2014⁴. Este repunte se ve agravado por la enorme accesibilidad que los jóvenes refieren tener a ellas, situando a amigos, conocidos y familiares como sus principales fuentes de suministro. Así mismo, suscitan una enorme preocupación las drogas facilitadoras del asalto sexual (DFAS), que se utilizan para modificar o anular el grado de vigilancia, el estado de consciencia y la voluntad de la víctima (“sumisión química”) y a las que se les atribuyen el 17% de las agresiones sexuales¹⁸.

Pero si el consumo de sustancias no fuera suficiente problema, actualmente, a la hora de enfrentarnos al fenómeno de las adicciones, debemos tener en cuenta la complejidad que este ha ido adquiriendo progresivamente, debido al crecimiento de las “adicciones sin sustancia” y que viene dado por el uso problemático de internet y las redes sociales, la adicción a los videojuegos y el juego *online*.

En este campo, se han conseguido pequeños avances desde que en el año 2013 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association [APA]) reconociese, en la quinta versión su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5[®]), que las adicciones conductuales son un trastorno mental¹⁹, de modo, que pasaron de ser consideradas como trastornos del control de impulsos a ser consideradas trastornos adictivos. No obstante, este cambio afecta únicamente al juego patológico y deja fuera al uso problemático de internet o videojuegos.

En lo relativo a los datos de los que disponemos sobre juego *online* relacionado con dinero, sorprende que pese a ser esta una actividad restringida a usuarios

mayores de 18 años, tal y como se dispone en el artículo 6.2 de la Ley de regulación del juego²⁰, los estudios impulsados por el Plan Nacional sobre Drogas indican que un 1,2% de los menores apuestan *online* diariamente y un 2,7% han apostado en el último año, siendo este porcentaje mayor en hombres, donde alcanza un 4,4%²¹. Sin embargo, otros estudios de carácter regional demuestran que estos porcentajes son incluso mayores, y apuntan a una prevalencia del juego, entre estudiantes de entre 14 y 18 años, del 8,4%, alcanzando el 14,2% cuando se segmentan los datos por sexo y se refieren a varones²². Por si la preocupación que arrojan estos niveles no fuera suficiente, parece que el juego de azar *online* no es una problemática aislada, ya que, aunque no siempre cursa en compañía de otras adicciones, como el uso problemático de internet o el consumo de sustancias, cuando lo hace supone una situación de alarma, que pone en el punto de mira la necesidad de un afrontamiento conjunto²³.

Por otro lado, la adicción a los videojuegos ha sido señalada por varios autores como un problema clínico emergente que se inicia a edades muy tempranas y que se asocia a múltiples alteraciones de la salud, como disminución del tiempo de sueño^{24,25}, trastornos obsesivos y de ansiedad²⁶ o problemas de conductas y disminución del comportamiento prosocial²⁷.

En lo que respecta al uso problemático de internet (UPI), el Plan Nacional sobre Drogas, desde el año 2014, incluye preguntas relativas al uso de la red dentro de la encuesta ESTUDES. La última edición señala que el 21% de la población realiza un consumo abusivo de las redes, porcentaje que ha aumentado en cinco puntos porcentuales desde la encuesta anterior⁴. No obstante, este porcentaje es ligeramente inferior a las prevalencias encontradas por Rial *et al.* en un reciente estudio, que cifra el uso problemático de internet entorno al 26% de los adolescentes²⁸.

Las consecuencias para la salud asociadas al UPI son ya objeto de estudio para múltiples investigadores a nivel mundial²⁹⁻³². Takahashiet M *et al.* han demostrado, que aquellos niños de educación primaria, que realizan un uso patológico y desadaptativo de Internet, tienen

más riesgo de sufrir problemas de salud mental y una menor calidad de vida relacionada con la salud³³. Además, tal y como indican Rial *et al.*, el UPI se asocia con prácticas de riesgo *online*, como el contacto con extraños a través de Internet, el *ciberbullying* o el *sexting*, así como con un consumo más alto de alcohol, tabaco y cannabis³⁴. Por otro lado, Villanueva *et al.* señalan que cuando se ejerce control parental sobre el uso de redes sociales y se combina este con medidas restrictivas de frecuencia de horas y control de franja horaria nocturna de conexión, disminuye la probabilidad de exposición al *sexting* y la sextorsión en mujeres³⁵. En esta misma línea, y ante la preocupación que suscitan los datos, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) publicó en enero de 2017 el "Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación", una herramienta dirigida a padres y educadores, que fomenta el uso racional y sin riesgos de las tecnologías de la información y comunicación³⁶.

Las alarmantes cifras de prevalencia y la evidencia de una estrecha relación entre los diferentes tipos de adicciones a las que se exponen los jóvenes hoy en día, constituyen el punto de partida que invita a buscar los mismos factores de base y apostar por una prevención integral, aunando la prevención escolar, familiar y ambiental.

NECESIDAD DE DETECCIÓN PRECOZ

El aluvión de demandas relacionadas con las distintas conductas adictivas, que profesionales de Atención Primaria denuncian recibir a diario, tornan como primordial la necesidad de trazar estrategias de actuación ante un problema de salud pública de este calibre.

De tal manera, considerando la detección precoz del consumo de sustancias y de adicciones comportamentales como una prioridad y como la base para una correcta derivación e intervención rápida en los casos de riesgo, no cabe duda de la importancia que supone contar con programas de prevención y de políticas públicas de reducción de consumo. Y así es que, las políticas nacionales en materia de salud pública no

obvian esta necesidad y por ello, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 establece como prioridad la detección precoz y la prevención del consumo de drogas en adolescentes, señalando el papel fundamental que tienen los sistemas educativos y sanitarios en esta labor³⁷.

Siguiendo las directrices de esta estrategia, el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 contempla entre sus acciones destinadas a la “prevención y reducción del riesgo”, “programas de detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario”³⁸. No obstante, pese a las prevalencias ya conocidas y a la relación que guardan las distintas adicciones entre sí³⁹, no se contempla la prevención, ni la intervención sobre el consumo de otras drogas, ni de las adicciones sin sustancia.

Por otro lado, y aun asumiendo que las políticas de detección precoz en España se centran exclusivamente en el alcohol, encontramos una enorme disparidad entre las medidas que se llevan a cabo en las diferentes regiones. Según el documento elaborado en el marco de la acción 8 del plan de acción sobre drogas 2013-2016: “resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes CCAA”, en el que se recoge la evaluación de la situación actual en España en lo que se refiere a la implementación de programas de detección e intervención breve en bebedores de riesgo, únicamente 7 comunidades autónomas afirmaron tener programas o planes específicos para implementar el cribado y el tratamiento del consumo de riesgo y perjudicial en adultos y jóvenes⁴⁰.

En lo que se refiere al ámbito de implantación de estos programas, es obvio, que pediatras, médicos y enfermeros comunitarios están situados en una posición estratégica en este terreno, no en vano, constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario y, por lo tanto, el pilar fundamental para la detección e intervención precoz en las dependencias tempranas. Entre sus cometidos están el reconocimiento y diagnóstico del problema, la prestación de consejo breve y una ágil derivación a los servicios especializados tras aplicar

los criterios oportunos de cribado⁴¹, sin embargo, hay que tener en cuenta que no todos los problemas relacionados con las adicciones infanto-juveniles son detectados a tiempo por la familia y llegan a demandar atención sanitaria, lo que supone la necesidad añadida de incluir el cribado de adicciones en los programas de control del niño sano. Para que esto sea posible es necesario, en estos momentos, invertir en investigación aplicada, cercana al día a día de los profesionales, orientada a dar respuestas eficaces y eficientes a sus necesidades, tanto desde un punto de vista clínico como práctico y que aporte un cambio de enfoque en la labor de los dispositivos socio sanitarios, que han de tornarse más proactivos en la detección precoz y en la intervención en este tipo de problemas.

HERRAMIENTAS Y SISTEMAS DE CRIBADO

Habida cuenta las necesidades existentes en España y la evidencia acerca de los sistemas de *screening* y tratamiento, parece necesario plantearse el objetivo de dotar a la comunidad científica de nuestro país de un compendio de herramientas validadas, que permitan a los profesionales de la salud pública, realizar con garantías la detección precoz de la problemática relacionada con el consumo de riesgo con y sin sustancia de nuestros adolescentes; que abarque tanto el consumo de alcohol, como el de otras sustancias, así como las adicciones comportamentales y que constituya la base para una intervención breve y la derivación a tratamiento especializado.

Pese a que existen múltiples test que podrían ser utilizados para tal función (**Tabla 1**), se han seleccionado los que más evidencia científica han arrojado en nuestro contexto, aquellos que gozan de mejores propiedades psicométricas y que su extensión permitiría que fueran aplicados en una consulta de Atención Primaria, sin reparar en los ajustados tiempos de los que los profesionales disponen para la atención de cada paciente (**Tabla 2**).

Sin embargo, más allá de disponer de herramientas de cribado es necesario disponer de un sistema organizado, que aporte alternativas de intervención y

Tabla 1. Test para la detección de adicciones

Uso	Test
Drogas en general	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assessment of Substance Misuse in Adolescence (ASMA) ■ Drug and Alcohol Problem Quick Screen (DAP) ■ Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R) ■ Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) ■ Massachusetts Youth Screening Instrument-2nd edition (MAYSI-2) ■ Abuse Screening Test (CRAFT) ■ Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers - Subescala de uso y abuso de sustancias (POSIT_{US})
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS) ■ Adolescent Drinking Index (ADI) ■ Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) ■ Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI) ■ Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, K/Cut down (TWEAK) ■ Alcohol User Disorders Identification Test (AUDIT)
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Severity of dependence scale (SDS) ■ The Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT) ■ Problematic Use of Marijuana (PUM) ■ Adolescent- Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A) ■ Cannabis Abuse Screening Test (CAST)
Uso de internet	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internet Use Survey (IUS) ■ Online Cognition Scale (OCS) ■ Internet Over-use scale (IOS) ■ Problemas Relacionados con Internet (PRI) ■ Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adolescents (PIEUSA) ■ Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a)
Videojuegos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) ■ Cuestionario de Adicción a Internet y a los Videojuegos para Adolescentes ■ Problem Video Game Playing (PVP) ■ Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)
Juego	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS) ■ Escala de las veinte preguntas de jugadores anónimos (GA-20) ■ Inventory of Gambling Behavior (IGB) ■ Cumulative Clinical Signs Method (CCSM) ■ Massachusetts Gambling Screen (MAGS) ■ Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS)

Tabla 2. Test para la detección de adicciones con mayor evidencia científica

Uso	Test	Ítems	Puntos de corte	Propiedades psicométricas	Validación
Drogas en general	Abuse Screening Test (CRAFFT)	3 ítems de filtro 6 ítems de test Respuesta dicotómica "sí"- "no", que puntúan respectivamente 0-1	Puntuación >2 = positivo	Sensibilidad = 74,4% Especificidad = 96,4% $\alpha = 0,74$ Área bajo curva ROC = 0,946	Rial A, Kim-Harris S, Knight J R, Araujo M, Gómez, P, Braña T, et al. Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. Adicciones. 2019;31(2):160-9.
	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT_{US}) – Subescala de uso y abuso de sustancias	17 ítems dicotómicos (sí/no) que puntúan respectivamente 0-1	Puntuación >2 = positivo	Sensibilidad = 94,3% Especificidad = 96,4% $\alpha = 0,82$ Área bajo curva ROC = 0,95	Araujo M, Golpe S, Braña T, Varela J, Rial A. Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. Adicciones. 2018;30(2):130-9.
Alcohol	Alcohol User Disorders Identification Test (AUDIT)	10 ítems tipo Likert: ■ Las 8 primeras tienen 5 opciones de respuestas ("Nunca" [0] a "4 o más veces a la semana" [4]) ■ Las dos últimas tienen 3 opciones de respuesta ("No" [0], "sí, pero no en el último año" [2], "sí, en el último año" [4])	Puntuación >4 = positivo	Sensibilidad = 86,4% Especificidad = 89,4% $\alpha = 0,82$	Rial Boubeta A, Golpe S, Braña Tobío T, Varela Mallou J. Validación del "Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol" (AUDIT) en población adolescente española. Behavioral Psychology/ Psicología Conductual. 2017;25(2)371-86.

continúa en pág. siguiente »

» continúa de pág. anterior

Uso	Test	Ítems	Puntos de corte	Propiedades psicométricas	Validación
Cannabis	Cannabis Abuse Screening Test (CAST)	6 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuestas, ("Nunca" [0] a "Muy a menudo" [4])	Puntuación >4 = positivo	Sensibilidad = 77,5% Especificidad = 80,9% (descritas en el artículo original para el punto de corte 3)	Validado en España, con población general de adolescentes (Rial Boubeta y García Couceiro). Estudio presentado en el II Congreso Internacional de Cannabis de Catoira (07-11-19)
Uso de internet	Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a)	11 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuestas, ("Nunca" [0] a "Siempre" [4])	Puntuación >16 = positivo	Sensibilidad = 81% Especificidad = 82,6% $\alpha = 0,82$	Rial Boubeta A, Gómez Salgado P, Isorna Folgar M, Araujo Gallego M, Varela Mallou J. PIUS-a: Problematic Internet Use Scale in adolescents. Development and psychometric validation. Adicciones. 2015;27(1):47-63.
Videjuegos	Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)	7 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta ("Nunca" [0] a "Muy a menudo" [4]). Cada ítem se corresponde a un criterio: saliencia, tolerancia, emoción, abstinencia, recaídas, conflictividad y problemas. Criterio cumplimiento de ítem: puntuar "a veces" (2) o más. Cada ítem/criterio se considera "cumplido" si tiene una puntuación de 2 (a veces), 3 o 4	<ul style="list-style-type: none"> ■ 4 o más: uso problemático de videojuegos; Si 4 o más ítems se cumplen (puntuación 3 o más) ■ 7: adicción a videojuegos; si los 7 ítems se cumplen (puntuación 3 o más) 	$\alpha = 0,81$	Lloret Irlas D, Morell Gomis R, Marzo Campos JC, Tirado González S. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). Atención Primaria. 2018; 50(6):350-8.

continúa en pág. siguiente »

» continúa de pág. anterior

Uso	Test	Ítems	Puntos de corte	Propiedades psicométricas	Validación
Juegos	Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS)	Tres ítems puntuados de 0 a 3; rango de puntuación de 0 a 9	<ul style="list-style-type: none"> ■ 4-5: juego problemático, y alta probabilidad de desarrollar trastorno de juego patológico (<i>gambling disorder</i>) ■ 6 o más: <i>gambling disorder</i>; certeza de que se tiene un trastorno de juego patológico 	Sensibilidad = 88% Especificidad = 98% $\alpha = 0,72$	No validado en España. Stinchfield R, Wynne H, Wiebe J, Tremblay J. Development and Psychometric Evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). <i>Front Psychol.</i> 2017;8:2204.

tratamiento, debidamente protocolarizadas para ejecutar una vez se haya llevado a cabo el diagnóstico. Esta es la filosofía del SBIRT, cuya principal referencia internacional es el Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), vinculado a la Universidad de Harvard, y actualmente dirigido por la Dra. Harris.

La implantación de un sistema SBIRT, en nuestro entorno, permitiría detectar los acuciantes problemas de adicciones que afectan a los adolescentes, en sus fases iniciales, previamente a la detección en el seno familiar o a la repercusión de dicho consumo en esferas de la vida personal o laboral/de estudio del adolescente. Paralelamente contribuiría a encauzarlos, bien a través de un consejo o intervención breve, debidamente pautado y basado en la evidencia (apoyado en materiales y en la formación oportuna), o bien a través de una ágil derivación a los servicios de salud correspondientes; todo ello aprovechando los avances tecnológicos actuales y con el soporte informático necesario, haciendo la tarea de los profesionales lo más sencilla, rigurosa y estandarizada posible.

Con la implantación de un modelo SBIRT se invierte en estrategias de prevención y promoción de la sa-

lud, en tanto en cuanto, la prevención secundaria viene claramente definida por uno de los objetivos principales: la detección precoz de la adicción. Para esto, se ha de contar con una serie de herramientas eficaces, reproducibles, sencillas, seguras y baratas, validadas en nuestra población, con las que determinar el grado de riesgo o adicción que el adolescente presenta. Una vez aplicadas estas herramientas, si el riesgo de desarrollar adicción es nulo o bajo, el adolescente entrará en un programa de refuerzo positivo de conductas favorables a evitar el desarrollo de adicciones, donde se verán reflejadas estrategias de prevención primaria. Si, por el contrario, el *screening* determina un problema o adicción de magnitud moderada, moderada-alta o grave, se entiende que el adolescente ya ha desarrollado cierto grado de adicción y por lo tanto la estrategia a seguir se engloba dentro de las intervenciones relacionadas con la prevención terciaria o tratamiento encaminado a minimizar las consecuencias. Así mismo, en los primeros escalones de intervención (el refuerzo de conductas y el consejo breve) se ha de hacer hincapié en la promoción de la salud, a través de la formación de los jóvenes y la concienciación sanitaria, utilizando estrategias de educación para la salud como instrumentos de salud pública.

En España, el modelo SBIRT, ha sido adaptado e implantado en el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma Asturiana, con el objetivo de realizar una detección temprana de los consumos problemáticos de alcohol y llevar a cabo un seguimiento⁴². Por el momento, los únicos datos de los que se disponen, señalan que en los 7 primeros meses se habrían realizado cerca de 7000 intervenciones con menores de 10 y 13 años, pero todavía no se dispone de resultados acerca de la efectividad de estas actuaciones para reducir el riesgo de adicción o el propio consumo ya establecido⁴³. Todo parece indicar que serán los datos de prevalencia de consumos de alcohol, que se publicarán en la próxima encuesta ESTUDES los que arrojen luz sobre la efectividad de esta iniciativa.

Recientemente un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago, financiados por el Plan Nacional sobre Drogas (con el apoyo institucional tanto del Servicio Galego de Saúde como de AGAPap) y supervisados por los propios responsables del CeASAR han puesto en marcha un proyecto piloto en el que se pretende protocolizar un programa de cribado e intervención, para adicciones “con” y “sin” sustancia y que será puesto en marcha en distintos centros públicos de Atención Primaria. Partiendo de este modelo, recientemente un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago, financiados por el Plan Nacional sobre Drogas (con el apoyo institucional tanto del Servicio Galego de Saúde como de AGAPap) y supervisados por los propios responsables del CeASAR, han elaborado un sistema de cribado y consejo breve para adicciones tanto “con” como “sin” sustancia, que está siendo pilotado en los servicios de Pediatría de Atención Primaria de la comunidad gallega. Los resultados y la experiencia en sí misma esperamos que puedan constituir una referencia de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2017-2018. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
3. Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A. [Avoidable mortality: a consensus list of causes to update the indicator in Spain]. *Gac Sanit*. 2006;20:184-93.
4. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2016-2017. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2018.
5. Dormal V, Bremhorst V, Lannoy S, Lorant V, Lukiens A, Maurage P. Binge drinking is associated with reduced quality of life in young students: A pan-European study. *Drug Alcohol Depend*. 2018;193:48-54.
6. Carbia C, López-Caneda E, Corral M, Cadaveira F. A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;90:332-49.
7. Rial A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna M. La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*. 2018. [Fecha de acceso 28 oct 2019]. Disponible en <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1266>
8. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017;32:976-1017.

9. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R, Yesavage JA. Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 1999;23:55-64.
10. Cederbaum AI. Alcohol Metabolism. *Clin Liver Dis*. 2012;16:667-85.
11. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:981-1010.
12. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015;156:1-13.
13. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*. 2011;5:1-8.
14. Di Forti M, Sallis H, Allegri F, Trotta A, Ferraro L, Stilo SA, et al. Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophr Bull*. 2014;40:1509-17.
15. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109:E2657-64.
16. Zalesky A, Solowij N, Yücel M, Lubman DI, Takagi M, Harding IH, et al. Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain*. 2012;135(Pt 7):2245-55.
17. Tortoriello G, Morris CV, Alpar A, Fuzik J, Shirran SL, Calvignoni D, et al. Miswiring the brain: Δ^9 -tetrahydrocannabinol disrupts cortical development by inducing an SCG10/stathmin-2 degradation pathway. *EMBO J*. 2014;33:668-85.
18. Isorna Folgar M, Rial A. Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Health Addict Drug*. 2015;15:137-50.
19. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. American Psychiatric Publishing; 2013. [Fecha de acceso 1 de abr 2019]. Disponible en <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657>
20. BOE. Ley 13/2011 de 27 de mayo. Regulación del Juego. Ley 13/2011 de 27 de mayo, 2011. [Fecha de acceso 29 dic 2019]. Disponible en <https://boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-9280-consolidado.pdf>
21. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Plan Nacional sobre Drogas. Adicciones comportamentales: Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
22. Golpe S, Feijoo S, Varela J, Braña T, Isorna M, Rial A. Menores y apuestas en la Red: incidencia, perfil de riesgo y variables asociadas. En: *Actas del I Congreso Internacional de Psicología, Salud y Educación Volumen I*. Oviedo; 2017.
23. Isorna Folgar M, Sanmartin Feijoo S, Braña Tobío T, Pichel Mira R, Montesa Lou B, Rial Boubeta A. Relación entre el consumo de drogas, apuestas online y uso problemático de internet en menores. En: *XLV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, Toledo; 2018.
24. Nogueira M, Faria H, Vitorino A, Silva FG, Serrão Neto A. Addictive Video Game Use: An Emerging Pediatric Problem? *Acta Médica Port*. 2019;32:183-8.
25. Wenzel HG, Bakken IJ, Johansson A, Götestam KG, Oren A. Excessive computer game playing among Norwegian adults: self-reported consequences of playing and association with mental health problems. *Psychol Rep*. 2009;105(3 Pt 2):1237-47.
26. Ioannidis K, Treder MS, Chamberlain SR, Kiraly F, Redden SA, Stein DJ, et al. Problematic internet use as an age-related multifaceted problem: Evidence from a two-site survey. *Addict Behav*. 2018;81:157-66.

27. Pujol J, Fenoll R, Fornis J, Harrison BJ, Martínez-Vilavella G, Macià D, *et al.* Vídeo gaming in school children: How much is enough? *Ann Neurol.* 2016; 80:424-33.
28. Rial Boubeta A, Golpe Ferreiro S, Gómez Salgado P, Barreiro Couto C. Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. *Health Addict Drug.* 2015;15:25-38.
29. AkgünKostak M, Dindar İ, Zafer Dinçkol R. Loneliness, Depression, Social Support Levels, and Other Factors Involving the Internet Use of High School Students in Turkey. *Int J Ment Health Addiction.* 2018 [Fecha de acceso 22 dic 2019]. Disponible en <http://link.springer.com/10.1007/s11469-018-9927-3>
30. Cudo A, Kopaś N, Stróżak P, Zapała D. Problematic Vídeo Gaming and Problematic Internet Use Among Polish Young Adults. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* 2018;21:523-9.
31. Park MH, Park S, Jung KI, Kim JI, Cho SC, Kim BN. Moderating effects of depressive symptoms on the relationship between problematic use of the Internet and sleep problems in Korean adolescents. *BMC Psychiatry.* 2018;18:280.
32. Zhou N, Geng X, Du H, Wu L, Xu J, Ma S, *et al.* Personality and Problematic Internet Use Among Chinese College Students: The Mediating Role of Maladaptive Cognitions Over Internet Use. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2018;21:719-26.
33. Takahashi M, Adachi M, Nishimura T, Hirota T, Yasuda S, Kuribayashi M, *et al.* Prevalence of pathological and maladaptive Internet use and the association with depression and health-related quality of life in Japanese elementary and junior high school-aged children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53:1349-59.
34. Rial A, Golpe S, Isorna M, Braña T, Gómez P. Minors and problematic Internet use: Evidence for better prevention. *Comput Hum Behav.* 2018;87:140-5.
35. Villanueva Blasco VJ, Serrano Bernal S. Patrón de uso de internet y control parental de redes sociales como predictor de sexting en adolescentes: una perspectiva de género. *Rev Psicol Educ - J Psychol Educ.* 2019;14:16.
36. Cortejoso Mozo D, Arén Vidal E, Vázquez Fernández ME. Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2017. [Fecha de acceso 20 dic 2019]. Disponible en <http://www.familiaysalud.es/recursos/decalogos-aepap/decalogo-para-un-buen-uso-de-las-tecnologias-de-la-informacion-y-la>
37. Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
38. Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción sobre Adicciones. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
39. Golpe S, Gómez P, Braña T, Varela J, Rial A. Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones.* 2017;29:268-77.
40. Plan Nacional sobre Drogas. Resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes CCAA. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2016.
41. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías. La Atención Primaria es clave para prevenir y minimizar los daños que causa el alcohol. *Socidrogalcohol.* 2015 [Fecha de acceso 10 abr 2019]. Disponible en <http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/>

- 214-la-atenci%C3%B3n-primaria-es-clave-para-prevenir-y-minimizar-los-da%C3%B1os-que-causa-el-alcohol.html
42. Gobierno del Principado de Asturias. Noticia: El programa de prevención del consumo de alcohol en edad pediátrica llega a 7000 menores en apenas siete meses. Gobierno del Principado de Asturias. 2018 [Fecha de acceso 22 dic 2019]. Disponible en <https://www.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.6282925f26d862bcbc2b3510f2300030/?vgnnextoid=8069b95faf975610VgnVCM10000097030a0aRCRD>
 43. Alonso Alonso O, Amador Tejón V, Otero Argüelles L, García Alas N, García Tardón, González Fernández A, *et al.* Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias: Dirección General de Salud Pública; 2016.

