

# Cuestionario CRAFFT+N

## Para que lo conteste el paciente

Responde todas las preguntas **sinceramente**; tus respuestas serán **confidenciales**.

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

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

Nº de días

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

Nº de días

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

Nº de días

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

Nº de días

\* Como cigarrillos electrónicos, "mods", dispositivos "pod" como JUUL, vaporizadores descartables como Puff Bar, vaporizadores tipo bolígrafo o pipas de agua electrónicas.

† Pitillos, cigarros, cigarrillos, pipas, tabaco de mascar, tabaco rapé, "snus" o solubles.

### ANTES DE CONTINUAR, LEE ESTAS INSTRUCCIONES:

- Si escribes "0" en **TODAS** las casillas anteriores, **RESPONDE LA PREGUNTA 5 A CONTINUACIÓN Y LUEGO DETENTE.**
- Si escribes "1" o más en las Preguntas 1, 2 o 3 anteriores, **RESPONDE LAS PREGUNTAS 5 A 10 A CONTINUACIÓN.**
- Si escribes "1" o más en la Pregunta 4 anterior, **RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS AL DORSO.**

### Marca con un círculo

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

### AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:

La información consignada en esta página se encuentra protegida por normas federales especiales en materia de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2), que prohíben su divulgación salvo que se autorice mediante consentimiento específico por escrito.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.  
Para obtener más información y versiones en otras idiomas, visite [www.crafft.org](http://www.crafft.org)

Las siguientes preguntas son sobre el uso de **dispositivos vaporizadores que contienen nicotina o sabores**, o sobre el uso de **productos de tabaco\***. Marca la respuesta a cada pregunta con un círculo.

**Marca con un círculo**

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

*\*Referencias:*

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

**AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:**

La información consignada en esta página se encuentra protegida por normas federales especiales en materia de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2), que prohíben su divulgación salvo que se autorice mediante consentimiento específico por escrito.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.  
Para obtener más información y versiones en otras idiomas, visite [www.crafft.org](http://www.crafft.org)