

El cuestionario CRAFFT (versión 2.1+N)

a completar por el/la paciente

Por favor, contesta a todas las preguntas con la mayor **sinceridad** posible; tus respuestas serán tratadas de forma totalmente **confidencial**.

En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántos días:

1. Bebiste cerveza, vino o cualquier otra bebida **alcohólica** (más de unos pocos tragos)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.

Nº de días

2. Consumiste **cannabis** (hachís, marihuana, hierba, aceite de hachís...), ya sea fumado, vapeado, en pipas o cachimbas, dabbing, bong, en algún preparado comestible; o **cannabis sintético** (K2, Spice, "pescao"...)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.

Nº de días

3. Consumiste **alguna otra sustancia para colocarte** (como otras drogas ilegales, pastillas, medicamentos con o sin receta, y/o alguna otra sustancia esnifada, inhalada, vapeada o inyectada)? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.

Nº de días

4. Consumiste **algún tipo de tabaco** (bien sean cigarrillos, puros, puritos, cachimbas, tabaco de liar, tabaco de mascar...) o usaste **algún dispositivo de vapeo** (cigarrillos electrónicos o pods, como JUUL, blu, myblu...) **con nicotina y/o con sabores**? Escribe un "0" si no sucedió ningún día en los últimos 12 meses.

Nº de días

ANTES DE CONTINUAR, LEE ESTAS INSTRUCCIONES:

- Si has respondido "0" a **TODAS** las preguntas anteriores, debes **CONTESTAR SOLO** a la PREGUNTA 5.
- Si has respondido "1" o un número mayor a las PREGUNTAS 1, 2, o 3, debes **CONTESTAR** a **TODAS LAS PREGUNTAS** desde la 5 hasta la 10.
- Si has respondido "1" o un número mayor a la PREGUNTA 4, debes **CONTESTAR** a **TODAS LAS PREGUNTAS** en el reverso de la hoja.

Marca "No" o "Sí"
en cada pregunta

5. ¿Alguna vez has ido en un COCHE/moto conducido por alguien (incluido tú mismo/a) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?

No Sí

6. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo/a o encajar en un grupo?

No Sí

7. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú SOLO/A, sin compañía?

No Sí

8. ¿Alguna vez te has OLVIDADO de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?

No Sí

9. ¿Alguna vez tu FAMILIA o AMIGOS/AS te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?

No Sí

10. ¿Alguna vez te has metido en LÍOS mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?

No Sí

AVISO AL PERSONAL SANITARIO Y AL HISTORIAL MÉDICO:

La información incluida en esta hoja está protegida por las normas específicas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2) que prohíben la revelación de esta información, salvo si es autorizada a través de un consentimiento específico por escrito.

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

Marca "Sí" o "No"
en cada pregunta

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

**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 AL PERSONAL SANITARIO Y AL HISTORIAL MÉDICO:

La información incluida en esta hoja está protegida por las normas específicas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2) que prohíben la revelación de esta información, salvo si es autorizada a través de un consentimiento específico por escrito.

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

Reproducido con el permiso del Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.
Para obtener más información y versiones en otros idiomas, visita la web www.crafft.org