

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 27 de enero de 2021
Aceptado: 4 de marzo de 2021
Publicado: 19 de mayo de 2021**EL MODELO SBIRT COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES
CON Y SIN SUSTANCIA EN ADOLESCENTES^(*)****Nuria García-Couceiro (1), Patricia Gómez Salgado (1), Sion Kim-Harris (2), Gregor Burkhardt (3),
Gerardo Flórez-Menéndez (4) y Antonio Rial Boubeta (1)**

(1) Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

(2) Division of Adolescent/Young Adult Medicine. Boston Children's Hospital. Harvard Medical School. EE.UU.

(3) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa. Portugal.

(4) Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Santiago de Compostela. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Financiación: Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Expediente 2018/008).

RESUMEN

La alta prevalencia del consumo de sustancias entre los adolescentes, los preocupantes patrones de consumo y el descenso de las edades de inicio, junto al crecimiento de las adicciones sin sustancia, suponen uno de los grandes desafíos actuales en materia de Salud Pública. Ello sugiere la necesidad de un cambio de enfoque en la labor de los dispositivos de Atención Primaria (AP), que han de ser más proactivos en la detección e intervención precoz. Aunque en España existen algunas experiencias previas, no disponemos de una sistemática debidamente protocolizada, fundamentada clínicamente y validada en las consultas, que pueda ser utilizada de forma generalizada, sencilla y con garantías por los profesionales. El modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*), desarrollado en Estados Unidos y concebido desde un enfoque de Salud Pública, representa ese cambio de paradigma. El objetivo de este trabajo, además de dar a conocer los fundamentos teóricos, técnicos y potencialidades del SBIRT, fue poner a disposición de investigadores y profesionales una revisión de la evidencia disponible en diferentes países, de cara a su posible implantación en España, donde a pesar de la existencia de experiencias precedentes puntuales, constituye todavía una cuenta pendiente. Se ponen sobre la mesa no sólo los posibles beneficios y oportunidades, sino también las carencias, limitaciones y necesidades que han de superarse para que la implementación del SBIRT sea posible.

Palabras clave: SBIRT, Detección precoz, Intervención breve, Adolescentes, Adicciones, Prevención.

ABSTRACT**SBIRT model as a prevention strategy
against addiction with and without
substance in teenagers**

A high prevalence of adolescent substance use, risky consumption patterns and the decrease in the age of initiation, together with the growth of non-substance addictions, represent a huge challenge for Public Health. This suggests the need for a change of focus in the work of the primary care settings, which must be more proactive in the early detection and intervention. Although there are some previous experiences in Spain, we do not have a duly standardised system, based on clinical practice and validated in consulting rooms, which could be used in a general, simple, and guaranteed manner. The SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*) model, developed in the United States and conceived from a Public Health perspective, might represent such a paradigm shift. The aim of this paper was to provide researchers and professionals with a review of the available evidence in different countries, with a view to implementing it in Spain, where SBIRT remains a challenge. In addition, theoretical and technical foundations, and potential of the SBIRT are described. Not only its possible benefits and opportunities are put on the table, but also the shortcomings, limitations and needs that must be overcome for SBIRT implementation to be possible.

Key words: SBIRT, Screening, Brief intervention, Adolescents, Addictions, Prevention.

ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA EN ADOLESCENTES. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL?

Las adicciones con y sin sustancia constituyen uno de los principales problemas de Salud Pública que afectan a los adolescentes españoles. A pesar de que los datos recogidos en la última *Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanza Secundaria* [ESTUDES 2018-2019] señalan una discreta disminución del consumo de algunas sustancias, los índices de consumo continúan situándose en cifras preocupantes⁽¹⁾. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida. El *Informe 2020* de la encuesta ESTUDES advierte de un estancamiento casi “endémico”, ya que en ningún momento de la serie histórica el consumo en los últimos 12 meses se ha situado por debajo del 72%⁽¹⁾. Persiste, además, un patrón de consumo intensivo o en forma de atracón (CIA), conocido en el ámbito anglosajón como *Binge Drinking*, que se caracteriza por la ingesta de elevadas cantidades en cortos periodos de tiempo y cuyos efectos en el organismo y, en particular, en un cerebro en pleno proceso de maduración pueden ser devastadores⁽²⁾. A nivel comportamental se ha demostrado también que los adolescentes con CIA presentan una mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de otras sustancias, con consumos de riesgo o incluso una posible dependencia en la edad adulta⁽³⁾. En España, un 32,3% de los adolescentes señalan haber practicado *Binge Drinking* en los últimos 30 días y un 24,3% haberse emborrachado⁽¹⁾. Otro elemento que preocupa es la edad a la que comienzan a consumir alcohol que, según la última edición de la encuesta ESTUDES, se sitúa en los 14 años⁽¹⁾. No obstante, estudios como el de Rial *et al*⁽⁴⁾ sugieren que el hecho de ampliar el marco muestral a los 12-18 años deriva en un “ajuste a la baja” en dichas edades de inicio, lo que situaría la edad media a la que los adolescentes españoles comienzan a consumir alcohol en los 13,4 años. Una edad de inicio temprana,

además de asociarse con una mayor probabilidad de desarrollar un consumo abusivo o un trastorno por consumo de alcohol⁽⁵⁾, se asocia también con una mayor probabilidad de consumir otras sustancias⁽⁴⁾, provocando serias consecuencias a nivel neurocognitivo⁽⁶⁾ y una peor calidad de vida⁽⁷⁾. Por último, conviene destacar que el 52,3% de los adolescentes que a día de hoy consumen alcohol en nuestro país son mujeres, lo que supone una preocupación añadida, ya que las mujeres son más vulnerables a los daños producidos por el alcohol⁽⁸⁾, por lo que no es de extrañar que la morbilidad atribuible haya aumentado de manera más pronunciada entre ellas en las últimas décadas⁽⁹⁾.

La segunda sustancia más consumida entre los estudiantes es el tabaco. La última edición de la encuesta ESTUDES sigue revelando todavía cifras preocupantes: el 41,3% de los estudiantes de 14 a 18 años han fumado tabaco alguna vez en su vida, el 35% en el último año y el 26,7% en los últimos 30 días. Aproximadamente un tercio de éstos lo han hecho a diario, un punto por encima del valor registrado en 2016⁽¹⁾. Por otra parte, un inicio temprano del tabaquismo se ha asociado con una mayor dependencia a la nicotina a largo plazo y una mayor dificultad para dejar de fumar, además de con múltiples alteraciones fisiopatológicas⁽¹⁰⁾.

Por su parte, el cannabis es la tercera droga que más consumen los adolescentes españoles. En la serie histórica de la encuesta ESTUDES, tanto el porcentaje de jóvenes que ha consumido esta sustancia alguna vez en los últimos 30 días, como el de aquellos que han realizado un consumo diario durante ese mismo periodo, sigue una tendencia ascendente desde el año 2014, situándose en 2018 en un 19,3% y un 2,3%, respectivamente. En 2018 empezaron a consumir cannabis 222.000 estudiantes, siendo por primera vez mayor la incidencia en chicas que en chicos (112.600 frente a 109.600)⁽¹⁾. Preocupan también los patrones de consumo,

entre los que destaca el uso popularizado de las cachimbas⁽¹¹⁾ o la temprana edad de inicio, que se sitúa en los 14,9 años⁽¹⁾. Los expertos alertan no sólo de las consecuencias para la salud asociadas a un inicio precoz⁽¹²⁾, sino también de su relación con el policonsumo y con diferentes conductas de riesgo⁽¹³⁾.

Asimismo, en los últimos años se ha incrementado el consumo entre los adolescentes de otras sustancias como el éxtasis, las anfetaminas y la metildioximetanfetamina (MDMA), llegando, en el caso del éxtasis, a duplicarse en 2018 la tasa de consumidores respecto a 2014⁽¹⁾.

A todo ello hay que añadir que el fenómeno de las adicciones ha ido adquiriendo una complejidad progresiva, debido al crecimiento de las denominadas “adicciones sin sustancia”, que engloban desde el “Uso Compulsivo o Uso Problemático de Internet y las Redes Sociales”, hasta la adicción a los videojuegos o al juego. En 2013 la *American Psychiatric Association* [APA], en la quinta versión de su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-V], dejó de considerarlas como un trastorno del control de impulsos para considerarlas como trastornos adictivos. No obstante, aunque no se pone en duda el avance que esto supone, el DSM-V hace referencia únicamente al juego patológico y al *Internet Gaming Disorder*, incluyendo este último en la Sección III, junto a otras categorías que necesitan de mayor evidencia clínica⁽¹⁴⁾.

En lo relativo al juego, pese a ser esta una actividad restringida a mayores de 18 años, los datos oficiales indican que un 10,3% de los menores han apostado *online* en el transcurso del último año y un 22,7% de manera presencial⁽¹⁾. Por otro lado, el uso de videojuegos se extiende al 96% de los adolescentes varones y al 69% de las mujeres⁽¹⁾, estimándose la prevalencia de un posible trastorno por uso de videojuegos en torno al 6,1%⁽¹⁵⁾.

No obstante, si bien la Organización Mundial de la Salud ha decidido incorporar en la nueva edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11] el “Trastorno por Uso de Videojuegos” o *Gaming Disorder*⁽¹⁶⁾, sigue existiendo una enorme controversia al respecto⁽¹⁷⁾. Expertos como Kardefelt-Winther⁽¹⁸⁾ señalan que realmente no se han podido evidenciar con rigor sus efectos sobre la salud y el bienestar mental de los menores, por lo que recomiendan no caer en el error de patologizar cualquier consumo o uso disruptivo y evitar el sobrediagnóstico.

En cuanto a los problemas relacionados con el uso de Internet y las redes sociales, la heterogeneidad terminológica hace difícil comparar e integrar los resultados de las distintas investigaciones. La encuesta ESTUDES emplea el término “Uso Compulsivo de Internet” y sitúa su prevalencia en torno al 20%⁽¹⁾. Sin embargo, Baz-Rodríguez *et al* optan por el término “Uso Problemático de Internet” (UPI) e informan de prevalencias cercanas al 39%⁽¹⁹⁾, cifra similar a la encontrada en países asiáticos⁽²⁰⁾. En cualquier caso, las consecuencias para la salud asociadas al uso de Internet vienen siendo, desde hace años, objeto de estudio a nivel mundial, advirtiéndose que un uso problemático se asocia con una mayor probabilidad de sufrir alteraciones de la salud mental y una menor calidad de vida^(21,22).

NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA: EL MODELO SBIRT

Los elevados niveles de prevalencia actuales y sus consecuencias asociadas, junto con la creciente demanda asistencial en Atención Primaria (AP)⁽²³⁾, refuerzan la necesidad de diseñar nuevas estrategias de prevención que incluyan la detección y la intervención precoz. Este es el punto de partida del modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*) que desde hace décadas se

viene aplicando en EE.UU. y que en países como Italia ha comenzado a contemplarse como medida para reducir las enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias⁽²⁴⁾.

El modelo SBIRT, promovido por el Servicio de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), supone un enfoque integral y de Salud Pública que permite la prestación de servicios de detección “temprana” y tratamiento, tanto para personas con trastornos por uso de sustancias, como para aquellos que muestran una elevada probabilidad de desarrollarlos^(25,26). En un principio, el SBIRT fue implementado para reducir el consumo problemático de alcohol con pacientes adultos, bien en el contexto de los servicios de AP o de Urgencias, obteniendo resultados prometedores⁽²⁷⁾. Con el paso de los años, tanto las conductas objetivo como las franjas de edad y el ámbito de aplicación se han ido ampliando, llegando a utilizarse para la reducción del consumo de tabaco⁽²⁸⁾, de cannabis⁽²⁹⁾ y de sustancias en general⁽³⁰⁾, tanto con adultos como con adolescentes⁽³¹⁾, y tanto en centros sanitarios como escolares⁽³²⁾, e incluso en centros penitenciarios⁽³³⁾. Además, no solo se ha configurado como herramienta de prevención en EE.UU.^(34,35,36), sino que el modelo también se ha puesto en marcha en países como Suecia⁽³⁷⁾, Dinamarca⁽³⁸⁾, Finlandia⁽³⁹⁾, Brasil⁽⁴⁰⁾, Australia⁽⁴¹⁾, Emiratos Árabes⁽⁴²⁾, Nigeria⁽²⁸⁾, Polonia⁽⁴³⁾ o Sudáfrica⁽⁴⁴⁾, demostrando buenos resultados en la reducción del consumo a corto plazo. No obstante, en muy pocos casos se ha llegado a sistematizar o a alcanzar el nivel de desarrollo de EE.UU.

La SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) recomienda el uso del SBIRT desde la edad pediátrica, bien sea durante las revisiones rutinarias de salud, como herramienta para la identificación periódica de las conductas de riesgo y el uso de sustancias⁽⁴⁵⁾, o durante las visitas por procesos agudos, en las

pueden darse condiciones propicias para detectar e intervenir puntualmente en dichos consumos⁽⁴⁶⁾. Existe abundante literatura científica acerca del uso del SBIRT en población adolescente (tabla 1). No obstante, es necesario subrayar que el éxito de su implementación en ningún caso ha sido rotundo y que, aunque trabajos recientes señalan que introducir el SBIRT en servicios generales de pediatría es altamente factible, aceptable y denota efectividad preliminar, los resultados están sujetos en gran medida al apoyo y liderazgo institucional⁽³⁶⁾.

Estructuralmente, el SBIRT consta de tres etapas: detección, intervención breve y derivación a tratamiento especializado⁽²⁵⁾. La detección implica una evaluación rápida del nivel de riesgo que, al mismo tiempo, determina los pasos siguientes y las modalidades de intervención a aplicar. Un adecuado cribado de las conductas adictivas de los adolescentes permite reducir la probabilidad de desarrollar una adicción grave en el futuro, dando lugar a una menor comorbilidad y a una mejora de los condicionantes psicosociales. Para decidir las herramientas de cribado a utilizar se ha de tener en cuenta que éstas han de ser pertinentes, estar adaptadas a la población diana (edad, país, cultura, etc.) y estar validadas científicamente. Considerando además su uso en consulta, tendrán que ser sencillas, breves y de fácil corrección⁽⁴⁷⁾.

En la literatura no se ha establecido hasta la fecha la idoneidad de ninguna herramienta concreta para evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias. Sin embargo, existen algunos instrumentos que ya han sido utilizados y podrían aplicarse con ciertas garantías en la práctica asistencial: el *Screening to Brief Intervention* (S2BI)⁽⁴⁸⁾, el *Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and other Drugs* (BSTAD) (31), la *NIAAA Youth Alcohol Screen*⁽⁴⁹⁾ o el *CRAFFT Abuse Screening Test*⁽⁵⁰⁾, siendo estos dos últimos los más utilizados.

Tabla 1
Trabajos realizados sobre el modelo SBIRT con población adolescente.

Año	Título	Autores	País	Tipo de estudio	Fuente
2003	A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug.	Tait et al	Australia	Revisión sistemática	Drug Alcohol Rev
2009	Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis.	Carey et al	Internacional	Metaanálisis	Adiction
2011	Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians.	Committee on Substance Abuse	EE. UU.	Informe-Revisión de autor	Pediatrics
2011	A systematic review and meta-analysis of health care utilization outcomes in alcohol screening and brief intervention trials.	Bray et al	Internacional	Metaanálisis	Medical Care
2012	Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis.	Carney et al	Internacional	Revisión sistemática	Subst Abuse Treat Prev Policy
2012	Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors.	Winters et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	J Subst Abuse Tratar
2012	Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force.	Jonas et al	EE. UU.	Revisión sistemática	Ann Intern Med
2012	Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review.	Yuma-Guerrero et al	Internacional	Revisión sistemática	Pediatrics
2013	Computer and therapist based brief interventions among cannabis-using adolescents presenting to primary care: one year outcomes.	Walton et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	Drug Alcohol Depend
2014	Screening and brief intervention for alcohol and other abuse.	Harris et al	Internacional	Revisión Narrativa	Adolesc Med
2014	An Electronic Screen for Triaging Adolescent Substance Use by Risk Levels.	Levy et al	EE. UU.	Validación psicométrica	JAMA Pediatr
2014	Validity of Brief Screening Instrument for Adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Use.	Kelly et al	EE. UU.	Validación psicométrica	Pediatrics
2014	Addressing Adolescent Substance Use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to Residents.	Whittle et al	EE. UU.	Metodología cualitativa	Subst Abuse
2015	Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescents in Pediatric Primary Care: A Cluster Randomized Trial.	Sterling et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	JAMA Pediatr

Tabla 1 (continuación)
Trabajos realizados sobre el modelo SBIRT con población adolescente.

Año	Título	Autores	País	Tipo de estudio	Fuente
2015	SBIRT-A: Adapting SBIRT to Maximize Developmental Fit for Adolescents in Primary Care.	Ozechowski et al	EE. UU.	Revisión de autor	J Subst Abuse Treat
2015	Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis.	Tanner-Smith et al	Internacional	Metaanálisis	J Subst Abuse Treat
2016	Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment.	Levy et al	EE. UU.	Informe	Pediatrics
2016	The future of screening, brief intervention and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges.	D'Souza-Li y Harris	EE. UU.	Revisión Narrativa	Curr Opin Pediatr
2017	Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility.	Maslowky et al	EE. UU.	Aplicación en el	Subst Abus
2017	Specialty addiction and psychiatry treatment initiation and engagement: Results from an SBIRT randomized trial in pediatrics.	Sterling et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	J Subst Abuse Treat
2018	Brief Motivational Interviewing Intervention to Reduce Alcohol and Marijuana Use for At-Risk Adolescents in Primary Care.	DÁmico et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	J Consultar Clin Psychol
2018	Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force Report: Screening and Behavioral Counseling to Reduce Unhealthy Alcohol Use.	O'Connor et al	EE. UU.	Revisión sistemática	JAMA
2018	When and how do brief alcohol interventions in primary care reduce alcohol use and alcohol-related consequences among adolescents?	Newton et al	Internacional	Revisión sistemática	J Pediatr
2018	Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.	US Preventive Services Task Force, Curry et al	EE. UU.	Revisión sistemática	JAMA
2018	Perceived barriers to implementing screening and brief intervention for alcohol consumption by adolescents in hospital emergency department in Spain.	Falcón et al	Spain	Análisis cualitativo exploratorio	Adicciones
2019	Screening and brief intervention with adolescents with risky alcohol use in school-based health centers: A randomized clinical trial of the Check Yourself tool.	McCarty et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	Subst Abus

Tabla 1 (continuación)
Trabajos realizados sobre el modelo SBIRT con población adolescente.

Año	Título	Autores	País	Tipo de estudio	Fuente
2019	Effect of Computer-Based Substance Use Screening and Brief Behavioral Counseling vs Usual Care for Youths in Pediatric Primary Care: A Pilot Randomized Clinical Trial.	Knight et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	JAMA Netw Open
2019	A Comparison of Screening Practices for Adolescents in Primary Care After Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment.	Monico et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	Journal of Adolescent Health
2019	Health Care Use Over 3 Years After Adolescent SBIRT.	Sterling et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	Pediatrics
2020	Adolescent SBIRT implementation: Generalist vs. Specialist models of service delivery in primary care.	Mitchell et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	J Subst Abuse Treat
2020	Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in Pediatric Practice: A Quality Improvement Project in the Maryland Adolescent and Young Adult Health Collaborative Improvement and Innovation Network.	Alinsky et al	EE. UU.	Proyecto de mejora de calidad	Clinical Pediatrics
2020	Screening and brief interventions for adolescent alcohol use disorders presenting through emergency departments: a research programme including two RCTs.	Deluca et al.	Reino Unido	Ensayo aleatorizado	Programme Grants for Applied Research
2020	Adolescent SBIRT Practices Among Pediatricians in Massachusetts.	Levy et al	EE. UU.	Estudio transversal	J Addict Med
2020	Interventions for Substance Use Disorders in Adolescents: A Systematic Review.	Steele et al	Internacional	Revisión sistemática	Agency for Healthcare Research and Quality
2020	Brief Behavioral Interventions for Substance Use in Adolescents: A Meta-analysis.	Steele et al	Internacional	Metaanálisis	Pediatrics
2020	Primary Care-Based Interventions to Prevent Illicit Drug Use in Children, Adolescents, and Young Adults.	US Preventive Services Task Force et al	Internacional	Revisión sistemática	JAMA
2021	Three-Year Outcomes After Brief Treatment of Substance Use and Mood Symptoms.	Parthasarathy et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	Pediatrics
2021	Pediatric Primary Care Provider Perspectives on a Computer-Facilitated Screening and Brief Intervention System for Adolescent Substance Use.	Gibson E et al	EE. UU.	Ensayo aleatorizado	J Adolesc Health

La segunda etapa del SBIRT se corresponde con los tratamientos o intervenciones breves (IB), que desde la SAMHSA se han recomendado en múltiples ocasiones para reducir el uso abusivo de alcohol y otras sustancias^(51,52), dada la evidencia de su eficacia^(27,53,54). Suelen abarcar de una a cinco sesiones y su duración oscila desde los 5 minutos hasta una hora. Su objetivo es educar al adolescente y motivarlo para reducir el consumo, recurriendo por lo general a la entrevista motivacional^(26,55). Existen diferentes guías que ofrecen una descripción detallada sobre su aplicación^(26,56,57,58). El modelo SBIRT distingue entre consejo o intervención y tratamiento breve, dependiendo su elección del consumo de riesgo detectado y de los recursos disponibles. El consejo o la intervención breve se lleva a cabo cuando el menor todavía no consume, realiza un consumo bajo o su riesgo de adicción es mínimo. Por su parte, el tratamiento está dirigido a aquellos pacientes con consumos moderados o altos, por lo que su duración ha de ser mayor (entre cinco y doce sesiones de una hora) y con una metodología más compleja. Un estudio realizado en 2017 comparó la rentabilidad de ambas modalidades, evidenciando que el consejo breve muestra una mejor relación costo-efectividad⁽⁵⁹⁾ y constituye una forma más eficiente de llegar a una población de riesgo que no acostumbra a buscar ayuda de forma activa. Conviene advertir que algunos autores han puesto en entredicho la eficacia de las intervenciones aisladas, cuyo efecto no suele resultar duradero⁽⁶⁰⁾, por lo que se sugiere la repetición y refuerzo de dichas intervenciones⁽⁶¹⁾. Asimismo, la implicación de los padres o tutores en el proceso y la introducción de intervenciones paralelas dirigidas también a éstos han mostrado ser más eficaces que los tratamientos llevado a cabo únicamente con los adolescentes⁽⁶²⁾.

Finalmente, en aquellos casos en los que la valoración oriente a un trastorno adictivo (o a una alta probabilidad de desarrollarlo) estaría

indicada la derivación a atención especializada⁽⁶³⁾, lo que constituye el tercer eslabón del SBIRT. Para que esta derivación sea efectiva es preciso contar con servicios de referencia, tanto unidades de desintoxicación como de salud mental, preferiblemente dentro del propio centro donde se lleve a cabo el programa SBIRT o, en su defecto, configurados como unidades externas, que proporcionen un catálogo de prestaciones de salud apropiadas para los adolescentes. Para ello, se han de tener en cuenta los diferentes patrones de consumo y las diferentes necesidades individuales (roles de familia, enfermedad mental comórbida, etc.)⁽⁶⁴⁾. Es sabido que la derivación al tratamiento constituye una dificultad inherente al SBIRT, en la medida en que a menudo ésta suele demorarse, como consecuencia de la escasez de unidades de tratamiento especializado o debido a problemas logísticos, como la distancia al centro de referencia⁽⁶⁵⁾. No deben olvidarse tampoco las posibles dificultades relacionadas con el sexo, el contexto social o familiar, la posible estigmatización o el ámbito de actuación (por ejemplo, penitenciario)⁽⁶⁶⁾.

No existen recomendaciones explícitas acerca de quiénes deben ser los profesionales encargados de ejecutar cada una de las fases del SBIRT, aunque sí hay cierto consenso en que los profesionales de AP ocupan un lugar estratégico⁽⁶⁷⁾. En algunos casos es la enfermera quien realiza el *screening* y el médico quien se encarga de la intervención breve y la remisión a tratamiento⁽⁶⁸⁾. En los centros con presencia de profesionales especializados de Salud Mental éstos pueden intervenir en las distintas fases del proceso. Por lo general, la literatura señala que los adolescentes aceptan mejor la intervención breve cuando la realiza un pediatra que cuando la realiza un especialista en Salud Mental⁽⁶⁹⁾. No obstante, la presencia de este último permite minimizar o “afinar” más ante una posible derivación⁽⁷⁰⁾. Recientes trabajos han estudiado la capacitación de otros

profesionales de la salud, más allá del personal facultativo (por ejemplo, enfermeras o trabajadores sociales), para ejecutar diferentes fases del SBIRT, determinando que todos podrían intervenir potencialmente en las distintas etapas⁽⁷¹⁾, lo que supondría una fortaleza más del sistema.

LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO SBIRT EN ESPAÑA. ¿EN QUÉ PUNTO ESTAMOS?

En relación al marco de actuación de las políticas de adicciones en España, la *Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024* establece como prioritaria la detección precoz y la prevención del consumo de drogas en adolescentes⁽⁷²⁾. Asimismo, el *Plan de Acción Sobre Adicciones 2018-2020* contempla la implementación de programas de detección precoz e intervención breve⁽⁷³⁾ y el nuevo consenso nacional referido a los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol refuerza la necesidad de implementar este tipo de estrategias⁽⁷⁴⁾.

Cataluña ha sido pionera en la implementación de programas de detección precoz e intervención breve. En 1995, en el marco de una colaboración internacional con la OMS, se crea el programa “*Beber Menos*”, con el objetivo de disminuir el consumo de alcohol en la población adulta mediante la implementación de estrategias de detección precoz e intervención breve en AP⁽⁷⁵⁾. Posteriormente, entre 2011 y 2014 se desarrolló el proyecto ODHIN (*Optimizing Delivery of Health Care Intervention*), encaminado a optimizar la implementación del cribado y la intervención breve en la práctica asistencial mediante tres estrategias: la capacitación y el apoyo a los profesionales de Atención Primaria, la facilitación del acceso a intervenciones breves *online* y la compensación económica por intervención realizada⁽⁷⁶⁾. Recientemente, junto con investigadores de otros cinco países adheridos al grupo INEBRIA (*International Network*

on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs), se ha publicado una hoja de ruta para la mejora de la práctica y la investigación en intervenciones breves telemáticas, añadiendo al uso problemático de alcohol otro tipo de drogas⁽⁷⁷⁾. Investigadores de esta comunidad autónoma han publicado además diferentes trabajos sobre la aplicación de un sistema de detección de adultos bebedores de riesgo en los servicios de Urgencias⁽⁷⁸⁾.

En los años 2009 y 2010 se puso en marcha en Murcia el proyecto ARGOS⁽⁷⁹⁾, dentro del cual se diferencian varios sub-proyectos: ARGOS-AP, ARGOS-nato, ARGOS-comunitario y ARGOS-familias. En concreto, con el ARGOS-AP se pretendía capacitar a los profesionales de AP para la realización de intervenciones sistemáticas de prevención, detección precoz y tratamiento de problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, tanto en adolescentes como en adultos. En esta misma comunidad autónoma otros investigadores han identificado posibles barreras para la implementación de protocolos de intervención breve en los servicios de Urgencias⁽⁸⁰⁾.

Centrándonos ya en la Comunidad de Madrid, en 2015 el Área de Gestión Clínica en Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Doce de Octubre puso en marcha la web ASSISTETE, una herramienta de cribado e intervención breve guiada *online*, basada en el cuestionario ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), desarrollado por la OMS, para la detección precoz y el tratamiento inicial de algunos problemas relacionados con el consumo de sustancias en adultos⁽⁸¹⁾. A través de dicha herramienta, los propios usuarios tienen la posibilidad de realizar una prueba anónima de autocribado para determinar el riesgo que el consumo puede tener sobre su salud. A quienes obtienen puntuaciones que indican un riesgo leve o moderado se les ofrece la oportunidad de realizar una

intervención breve *online* para la reducción del consumo.

En 2016 se publicó en Asturias la *Guía de Detección Precoz e Intervención Breve sobre el Consumo de Alcohol en Menores*⁽⁸²⁾. Dicha guía es una adaptación de la *Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide*, elaborada por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA)⁽⁴⁹⁾, y se creó con el objetivo de incorporar a los profesionales de pediatría de AP en las actividades de prevención del consumo temprano de alcohol, a realizar en las revisiones pediátricas de los 10 a 13 años. Sus responsables hacen constar que en los primeros siete meses de implantación de la guía se llevaron a cabo cerca de 7.000 intervenciones⁽⁸³⁾. Sin embargo, no existe hasta el momento evidencia en la literatura científica que demuestre su eficacia y efectividad.

Más allá de estas experiencias de mayor respaldo institucional, es posible identificar otras comunidades con iniciativas de detección e intervención breve, como es el caso de Aragón (centrada en el consumo de alcohol en adultos y jóvenes)⁽⁸⁴⁾ o de Galicia (centrada en el “Uso Problemático de Internet en población pediátrica”)⁽¹⁹⁾. En esta última comunidad se ha hecho público recientemente el *Plan de Salud Mental 2020-2024*⁽⁸⁵⁾, que incluye entre sus líneas de actuación implantar en el ámbito de AP un programa de detección precoz y consejo breve en adicciones con adolescentes.

Tratando de hacer un primer balance de las iniciativas precedentes, cabría señalar una serie de limitaciones:

a) Por lo general, las distintas experiencias se han centrado en el consumo de alcohol y otras sustancias y raramente se han ocupado de las adicciones comportamentales o sin sustancia.

b) En su mayoría, se han orientado a la atención de pacientes jóvenes y adultos en AP o servicios de Urgencias y, en menor medida, en el ámbito pediátrico.

c) En ninguna comunidad autónoma se ha llegado a protocolizar una verdadera sistemática de trabajo, con sus diferentes fases o acepciones: detección precoz, intervención breve y derivación a unidades específicas.

A día de hoy, la implementación en España de un modelo como el SBIRT, pese a que no deja de ser una oportunidad, pasa por acometer diferentes desafíos. En lo que respecta a la detección precoz, es necesario dotar a los profesionales de instrumentos de cribado breves, fáciles de usar y validados para su uso con adolescentes, lo que significa que se debe probar la capacidad “real” de cribado en consulta, tanto en términos de consistencia interna como de sensibilidad y especificidad. Asimismo, es fundamental determinar los tiempos de cribado, las edades, el procedimiento a seguir y el personal más idóneo para llevarlo a cabo. Una reciente revisión ha comparado las propiedades del CRAFFT y del algoritmo de la NIAAA sin llegar a arrojar datos concluyentes⁽⁵⁴⁾. En España, el algoritmo de la NIAAA fue el elegido por la comunidad autónoma de Asturias para la evaluación del consumo de riesgo de alcohol entre los menores que acuden a las revisiones de salud en centros de AP⁽⁸²⁾. Sin embargo, hasta el momento no se han aportado datos acerca de su capacidad de cribado. La Comunidad de Madrid, por su parte, ha optado por el cuestionario ASSIST⁽⁸¹⁾ para el cribado en población adulta, pero no se aporta evidencia que valide su uso con adolescentes. En Cataluña, para el cribado del consumo de alcohol se ha utilizado la versión abreviada del *Alcohol User Disorders Identification Test* o AUDIT-C. El comportamiento psicométrico, tanto de esta versión

como del cuestionario completo (AUDIT), con adolescentes españoles ha sido analizado por diferentes autores con resultados satisfactorios^(86,87). El CRAFFT, aunque no ha sido utilizado en ninguna de las experiencias relacionadas con el SBIRT en nuestro país, sí ha sido validado en ámbito escolar para poder ser aplicado con ciertas garantías⁽⁸⁸⁾. Recientemente, el *Center for Adolescent Behavioral Health Research* (CABHRe) está trabajando en el desarrollo y validación de nuevas versiones del CRAFFT (CRAFFT 2.1 y CRAFFT 2.1+N), en las que se introducen importantes mejoras respecto a la versión original y se valora específicamente el consumo de nicotina en sus diferentes formatos⁽⁸⁹⁾.

Si decidir cuáles son los instrumentos más apropiados para realizar la detección precoz del consumo de alcohol y drogas en general supone una dificultad, determinar qué herramientas cumplen los requisitos exigibles para realizar el cribado del consumo de riesgo del tabaco, del cannabis o de las adicciones sin sustancia supone un reto si cabe mayor, en tanto que existe escasa evidencia clínica al respecto.

En cuanto al consumo de tabaco, han sido desarrollados instrumentos como el test Fagerström⁽⁹⁰⁾ o el test de Glover-Nilsson⁽⁹¹⁾ que, pese a que han sido empleados en España con adolescentes^(92,93), no hay estudios de validación que informen de su comportamiento psicométrico. En el caso del cribado del consumo de riesgo de cannabis, uno de los instrumentos más utilizados es el CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)⁽⁹⁴⁾, que desde hace años se viene utilizando tanto en la encuesta ESPAD a nivel europeo como en la encuesta ESTUDES a nivel nacional. No obstante, persiste cierta confusión y/o discrepancias tanto en lo que se refiere a su forma de corrección (binaria o completa) como en los puntos de corte a utilizar con adolescentes.

En el caso de las adicciones sin sustancia y, en particular, de las “adicciones tecnológicas”, los instrumentos disponibles son muchos, si bien raramente validados con adolescentes españoles y probados en el ámbito de la AP. Rial *et al* desarrollaron la *Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a)*⁽⁹⁵⁾ y Llorens *et al* validaron la versión española de la *Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)*⁽⁹⁶⁾. Recientemente Chóliz y Marcos presentaron una herramienta de *screening* para adicciones tecnológicas en general (videojuegos, móvil, Internet y redes social, etc.) y para el juego patológico⁽⁹⁷⁾. En la *tabla 2* se sugieren una selección de instrumentos de cara a una posible puesta en marcha del modelo SBIRT en España.

En lo que se refiere a la intervención y consejo breve, es preciso desarrollar pautas de intervención *ad hoc* (tanto para los adolescentes como para los progenitores), acordes a los niveles de riesgo detectados, que vayan más allá de un conjunto de recomendaciones genéricas y, sobre todo, que demuestren ser eficaces y efectivas desde un punto de vista clínico. Se han de elaborar además materiales de apoyo que refuercen la intervención, así como programas de formación para capacitar y empoderar a los profesionales de la salud. Las intervenciones breves preferiblemente serán llevadas a cabo en la misma consulta de AP, por lo que será preciso ajustar los tiempos y la agenda asistencial.

En los casos en los que el *screening* determine un problema de magnitud moderada-alta o grave, estará indicada la derivación para tratamiento especializado. No obstante, aquí reside una de las mayores limitaciones para una posible implantación del SBIRT en España, ya que la mayoría de las comunidades autónomas no cuentan con dispositivos cualificados, dotados y debidamente adaptados para atender a los adolescentes que sufren algún trastorno adictivo (con o sin sustancia),

Tabla 2	
Herramientas sugeridas para la detección precoz de las adicciones con y sin sustancia en España.	
Uso	Herramienta
Drogas en general	<p>CRAFFT (<i>Abuse Screening Test</i>) Validado en España: Rial A, Kim-Harris S, Knight JR, Araujo M, Gómez P, Braña T, et al. Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. Adicciones. 2018;31(2):160.</p> <p>CRAFFT 2.1 (en fase de desarrollo)</p> <p>CRAFFT 2.1+N (en fase de desarrollo)</p> <p>POSIT_{UAS} (<i>Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers -Subescala de uso y abuso de sustancias-</i>) Validado en España: 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.</p>
Alcohol	<p>AUDIT (<i>Alcohol User Disorders Identification Test</i>) Validado en España: Rial, A, Golpe, S, Braña, T, Varela, J. Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. Behavioral Psychology. 2017;25(2):371-386.</p> <p>AUDIT-C (Versión abreviada del Alcohol User Disorders Identification Test) Validado en España: Cortés-Tomás M-T, Giménez-Costa J-A, Motos-Sellés P, Sancerni-Beitia M-D. Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening instruments for underage binge drinking. Drug Alcohol Depend. 2016;158:52-9.</p>
Tabaco	<p>Fagerström -versión modificada para adolescentes- (Dependencia física de la nicotina) Validado por: Prokhorov AV, De Moor C, Pallonen UE, Suchanek Hudmon K, Koehly L, Hu S. Validation of the modified fagerström tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. Addict Behav. 2000;25(3):429-33.</p> <p>Glover-Nilsson (Dependencia psicológica, social y gestual) No validado para adolescentes.</p>
Cannabis	<p>CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) Validado en España con población general de adolescentes: García-Couceiro N, Golpe S, Braña T, Varela J, Rial A. Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Garantías psicométricas para la detección del consumo de riesgo en adolescentes. En: Isorna M, Villanueva V, Rial A. Cannabis: evidencia científica vs. controversia social. Madrid: Dykinson; 2021. p.137-148.</p>
Uso de internet	<p>EUPI-a (Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes) Validado en España: Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones. 2015;27(1):47-63.</p>
Videojuegos	<p>GASA (<i>Game Addiction Scale for Adolescents</i>) Validado en España por: Lloret Irlés 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):350-358.</p>
Juego Patológico/ Problemático	<p>BAGS (<i>Brief Adolescent Gambling Screen</i>) Validado por: Stinchfield R, Wynne H, Wiebe J, Tremblay J. Development and psychometric evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). Frontiers in Psychology. 2017;8(2204):1-9.</p>

por lo que la alternativa podría ser remitirlos a unidades de Salud Mental infanto-juvenil o a unidades de conductas adictivas. Ello podría suponer una sobrecarga de dichos dispositivos, un incremento del tiempo de espera para la atención o incluso un cierto riesgo de estigma social. En cualquier caso, es preciso diseñar algoritmos de derivación ágiles y un plan de formación específico para los profesionales⁽⁶⁹⁾, los cuales tendrán que estar preparados para atender a adolescentes con adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia, así como a sus familias. Todo ello amén de un meticuloso ajuste de aspectos éticos, burocráticos y organizativos, siempre bajo el paraguas del liderazgo y el respaldo institucional. La evidencia señala que la integración del SBIRT en el sistema de salud resulta clave para su buen funcionamiento⁽³⁶⁾.

En el contexto de la pediatría de AP, un modelo de este tipo puede ser ejecutado tanto a demanda como durante los controles de salud del niño sano, permitiendo así detectar problemas de consumo en fases iniciales. Está demostrado que este tipo de estrategias contribuyen a optimizar los recursos sanitarios⁽⁹⁸⁾ y refuerzan la labor de los profesionales de salud, incrementando su seguridad y su satisfacción laboral⁽⁹⁹⁾. Un reciente estudio llevado a cabo en EE.UU. evidenció que el 89,8% de los profesionales sanitarios que lo utilizaron lo consideran realmente útil y al 81,6% les aportó confianza y seguridad⁽¹⁰⁰⁾.

CONCLUSIONES

Sin lugar a duda, a día de hoy, las adicciones en el ámbito de los adolescentes constituyen uno de los principales problemas de Salud Pública. Los datos disponibles a nivel epidemiológico, la literatura científica, así como las sociedades científicas y colegios profesionales, vienen advirtiendo de forma reiterada de la gravedad

que suponen las cifras de prevalencia actuales, tanto en materia de adicciones con sustancia como sin sustancia. Todo ello justifica la necesidad de implantar nuevos modelos de actuación. Conscientes de ello, algunos países han desarrollado experiencias concretas que permiten disponer de evidencia suficiente que justifica el interés por los sistemas de detección precoz, intervención breve y remisión a tratamiento especializado. La revisión de la literatura acumulada durante las dos últimas décadas demuestra que existe evidencia clínica y científica más que suficiente para afirmar que el modelo SBIRT es factible, eficaz y rentable.

No obstante, esta misma evidencia insiste en que la puesta en marcha de este tipo de modelos implica un esfuerzo logístico y organizativo importante, que pasa por acometer diferentes cuestiones técnicas (desde el desarrollo de instrumentos de cribado al diseño de algoritmos de derivación ágiles y eficaces, la formación de los profesionales, la gestión del personal, la inversión sostenida en recursos asistenciales, etc.) y, por supuesto, por un liderazgo y compromiso institucional manifiesto.

Si tenemos todos estos factores en cuenta, cabría concluir que, a pesar de los antecedentes y/o diferentes esfuerzos que se han desarrollado en nuestro país, la sistematización e implantación de un modelo como el SBIRT para las adicciones en los adolescentes sigue siendo, a día de hoy, una cuenta pendiente o, si se prefiere, uno de los grandes desafíos en el campo de la Salud Pública y de la pediatría de AP.

Conviene señalar, por último, la cautela con la que debe ser entendido y concebido el modelo SBIRT. Lejos de considerarlo como la “panacea” o la gran solución al problema de las adicciones tempranas, los expertos señalan la importancia de enmarcarlo dentro de las políticas integrales en materia de Prevención y

Salud Pública, debiendo ir acompañado de cambios estructurales en materia de regulación, accesibilidad, publicidad y sensibilización social. En cualquier caso, no cabe duda de que el modelo SBIRT ha de ser entendido, tanto por la comunidad científica como por las autoridades y los profesionales de la salud, como una excelente oportunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018/2019. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2020.
2. 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.
3. Golpe S, Isorna M, Barreiro C, Braña T, Rial A. Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*. 2017;29(4):256.
4. 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*. 2020;32(1):52.
5. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(2):308-12.
6. Carbia C, Corral M, García-Moreno LM. Early alcohol use and psychopathological symptoms in university students. *Psicothema*. 2016;(28.3):247-52.
7. Dormal V, Bremhorst V, Lannoy S, Lorant V, Luquiens 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.
8. 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(1):55-64.
9. Erol A, Karpayak 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.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
11. Sutfin EL, Song EY, Reboussin BA, Wolfson M. What are young adults smoking in their hookahs? A latent class analysis of substances smoked. *Addict Behav*. 2014;39(7):1191-6.
12. Di Forti M, Sallis H, Allegrì 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(6):1509-17.
13. Rial A, Burkhart G, Isorna M, Barreiro C, Varela J, Golpe S. Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*. 2019;31(1):64-77.
14. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657>
15. 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, Servicios sociales e Igualdad; 2019.
16. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. World Health Organization (WHO). 2018. Disponible en: <https://icd.who.int/>
17. Carbonell X. El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: retos y oportunidades para clínicos. *Papeles Psicólogo - Psychol Pap.* 2020;41(2):211-218.
18. Kardefelt-Winther D, Heeren A, Schimmenti A, van Rooij A, Maurage P, Carras M *et al.* How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?: How to conceptualize behavioral addiction. *Addiction.* octubre de 2017;112(10):1709-15.
19. Baz-Rodríguez M, González-Formoso C, Goicoechea-Castaño A, Álvarez-Vázquez E, García-Cendón C, Rial-Boubeta A *et al.* Detección precoz del uso problemático de internet en adolescentes, en pediatría de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:1-12.
20. Mak K-K, Lai C-M, Watanabe H, Kim D-I, Bahar N, Ramos M *et al.* Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* 2014;17(11):720-8.
21. Akgün Kostak 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 Addict* [Internet]. 20 de abril de 2018 [citado 14 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11469-018-9927-3>
22. 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(12):1349-59.
23. Los pediatras reclaman herramientas para detectar de manera precoz las adicciones a drogas, alcohol y nuevas tecnologías. *iSanidad* [Internet]. 17 de enero de 2020; Disponible en: <http://isanidad.com/155451/pediatras-reclaman-herramientas-detectar-precoz-adicciones-drogas-alcohol-nuevas-tecnologias/>
24. Scafato E, Caputo F, Patussi V, Balbinot P, Addolorato G, Testino G. The undertreatment of alcohol-related liver diseases among people with alcohol use disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2020;24(2):974-82.
25. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) [Internet]. 2017 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/sbirt>
26. The National Center on Addiction and Substance Abuse at, Columbia University. An SBIRT Implementation and Process Change Manual for Practitioners. New York; 2012.
27. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL *et al.* Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012;157(9):645.
28. Lasebikan VO, Ola BA. Community-based screening, brief intervention, and referral for treatment for unhealthy tobacco use: single arm study experience and implementation success in rural and semi-rural settings, South-West Nigeria. *Front Psychiatry.* 2016;7(134):1-9.
29. Halladay J, Scherer J, MacKillop J, Woock R, Petker T, Linton V *et al.* Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Drug Alcohol Depend.* 2019;204:107565.
30. Stoner SA, Mikko AT, Carpenter KM. Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco, and other drugs. *J Subst Abuse Treat.* 2014;47(5):362-70.

31. Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics*. 2014;133(5):819-26.
32. Maslowsky J, Whelan Capell J, Moberg DP, Brown RL. Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility. *Subst Abuse Res Treat*. 2017;11:117822181774666.
33. Prendergast ML, McCollister K, Warda U. A randomized study of the use of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for drug and alcohol use with jail inmates. *J Subst Abuse Treat*. 2017;74:54-64.
34. Whittle AE, Buckelew SM, Satterfield JM, Lum PJ, O'Sullivan P. Addressing Adolescent Substance Use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to Residents. *Subst Abuse*. 2015;36(3):325-31.
35. Sterling S, Kline-Simon AH, Jones A, Hartman L, Saba K, Weisner C *et al*. Health Care Use Over 3 Years After Adolescent SBIRT. *Pediatrics*. 2019;143(5):e20182803.
36. Alinsky RH, Percy K, Adger H, Fertsch D, Trent M. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in Pediatric Practice: A Quality Improvement Project in the Maryland Adolescent and Young Adult Health Collaborative Improvement and Innovation Network. *Clin Pediatr*. 2020;59(4-5):429-35.
37. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol*. 2005;40(5):388-93.
38. Barfod S. BA GP's reflections on brief intervention in primary health care in Denmark. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2008;25(6):3-3.
39. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Depend*. 2003;69(1):9-14.
40. Amaral MB, Ronzani TM, Souza-Formigoni MLO. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. *Drug Alcohol Rev*. 2010;29(2):162-8.
41. Berends L, MacLean S, Hunter B, Mugavin J, Carswell S. Implementing alcohol and other drug interventions effectively: How does location matter? *Aust J Rural Health*. 2011;19(4):211-7.
42. Matheson C, Pflanz-Sinclair C, Almarzouqi A, Bond CM, Lee AJ, Batieha A *et al*. A controlled trial of screening, brief intervention and referral for treatment (SBIRT) implementation in primary care in the United Arab Emirates. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19(02):165-75.
43. Cherpitel CJ, Ye Y, Moskalewicz J, Świątkiewicz G. Does brief intervention work for heavy episodic drinking? A comparison of emergency department patients in two cultures. *Alcohol Drug Addict*. 2015;28(3):145-62.
44. Van der Westhuizen C, Myers B, Malan M, Naledi T, Roelofse M, Stein DJ *et al*. Implementation of a screening, brief intervention and referral to treatment programme for risky substance use in South African emergency centres: A mixed methods evaluation study. *PloS One*. 2019;14(11):e0224951.
45. Levy SJL, Williams JF, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161211-e20161211.
46. Monico LB, Mitchell SG, Dusek K, Gryczynski J, Schwartz RP, Oros M *et al*. A Comparison of Screening Practices for Adolescents in Primary Care After Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *J Adolesc Health*. 2019;65(1):46-50.
47. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual

- para la utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud; 2001.
48. Levy S, Weiss R, Sherritt L, Ziemnik R, Spalding A, Van Hook S *et al.* An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. *JAMA Pediatr.* 2014;168(9):822-8.
49. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Screening and brief intervention for youth. A practitioner's guide. United States: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH); 2015.
50. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(6):591-6.
51. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB *et al.* Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;320(18):1899-909.
52. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide (updated 2005 edition). Washington, DC: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2007. Report No.: Contract No.: NIH Publication 07-3769.
53. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J *et al.* The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2014;49(1):66-78.
54. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI *et al.* Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;320(18):1910.
55. Steele DW, Becker SJ, Danko KJ, Balk EM, Adam GP, Saldanha IJ *et al.* Brief Behavioral Interventions for Substance Use in Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics.* octubre de 2020;146(4).
56. Humeniuk R, World Health Organization. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
57. Levy S, Shrier L. Adolescent SBIRT: Toolkit for Providers. Boston: Boston Children's Hospital; 2015.
58. Robertson EB, David SL, Rao SA. A research-based guide for Parents, educators, and community leaders. Second edition. Maryland: NIH Publications; 2003.
59. Barbosa C, Cowell A, Dowd W, Landwehr J, Aldridge A, Bray J. The cost-effectiveness of brief intervention versus brief treatment of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in the United States: Cost-effectiveness analysis of SBIRT. *Addiction.* 2017;112:73-81.
60. Frost MC, Glass JE, Bradley KA, Williams EC. Documented brief intervention associated with reduced linkage to specialty addictions treatment in a national sample of VA patients with unhealthy alcohol use with and without alcohol use disorders. *Addict Abingdon Engl.* 2019;115(4):668-78.
61. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(8):1372-9.
62. Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, Lalone B. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat.* 2012;42(3):279-88.
63. Bray JW, Del Boca FK, McRee BG, Hayashi SW, Babor TF. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addict Abingdon Engl.* 2017;112 Suppl 2:3-11.
64. Del Boca FK, McRee B, Vendetti J, Damon D. The SBIRT program matrix: a conceptual framework for

program implementation and evaluation: SBIRT program matrix. *Addiction*. 2017;112:12-22.

65. Vendetti J, Gmyrek A, Damon D, Singh M, McRee B, Del Boca F. Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT): implementation barriers, facilitators and model migration: SBIRT implementation and model migration. *Addiction*. 2017;112:23-33.

66. RIOD. Estigma, Consumo de Drogas y Adicciones: conceptos, implicaciones y recomendaciones. Madrid: RIOD; 2019.

67. Hidalgo Vicario M, Redondo Romero A. Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. *Evid En Pediatría*. 2007;3(3):60.

68. Keen A, Thoele K, Newhouse R. Variation in SBIRT delivery among acute care facilities. *Nurs Outlook*. 2020;68(2):162-8.

69. Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, Kirk AS, Dusek K, Oros M *et al*. Adolescent SBIRT implementation: Generalist vs. Specialist models of service delivery in primary care. *J Subst Abuse Treat*. 2020;111:67-72.

70. Sterling S, Kline-Simon AH, Satre DD, Jones A, Mertens J, Wong A *et al*. Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescents in Pediatric Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Pediatr*. 2015;169(11):e153145.

71. Wamsley M, Satterfield JM, Curtis A, Lundgren L, Satre DD. Alcohol and Drug Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Training and Implementation: Perspectives from 4 Health Professions. *J Addict Med*. 2018;12(4):262-72.

72. Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2018.

73. 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.

74. Colom J, Segura-García L. La actualización de los límites de bajo riesgo del alcohol. Una oportunidad para mejorar la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94(13):e202011166.

75. Agència de Salut Pública de Catalunya, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. Programa Beveu Menys [Internet]. Programa Beveu Menys. 2018 [citado 5 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://beveumenys.cat/>

76. Anderson P, Coulton S, Kaner E, Bendtsen P, Kłoda K, Reynolds J *et al*. Delivery of Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Care: Outcomes of the ODHIN 5-Country Cluster Randomized Trial. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):335-40.

77. Schaub MP, Berman AH, López Pelayo H, Boumparis N, Khadjesari Z, Blankers M *et al*. e-INEBRIA Special Interest Group Roadmap for Best Practices for Research on Brief Digital Interventions for Problematic Alcohol and Illicit Drug Use. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e20368.

78. Bruguera P, Barrio P, Oliveras C, Braddick F, Gavotti C, Bruguera C *et al*. Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2018;25(5):517-25.

79. Villar Lorenzo AB. Argos-Murcia: Programa de Prevención y Atención del Consumo de Alcohol y otras Drogas para Atención Primaria [Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2016 [citado 2 de noviembre de 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Becarios/Downloads/Ana%20Belen%20Villar%20Lorenzo%20Tesis%20Doctoral.pdf>

80. Falcón M, Navarro-Zaragoza J, García-Rodríguez RM, Nova-López D, González-Navarro MD, Mercadal M *et al*.

Barreras percibidas contra la implementación en los servicios de urgencias hospitalarios en España de un protocolo de cribado de consumo de alcohol e intervención breve en adolescentes. *Adicciones*. 2018;30(3):189-96.

81. Hospital Universitario 12 de Octubre, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto ASSIT [Internet]. ASSISTETE. [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.assistete.es/contenidos.php?seccion=2>

82. 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 dic.

83. Gobierno del Principado de Asturias. Noticia: El programa de prevención del consumo de alcohol en edad... - Gobierno del Principado de Asturias [Internet]. Gobierno del Principado de Asturias. 2018 [citado 29 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.6282925f26d862bcbc2b3510f2300030/?vgnextoid=8069b95faf975610VgnVCM10000097030a0aRCRD>

84. Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón. Piloto del cribado e intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria en adultos y jóvenes en aragón. Aragón; 2016 p. 35.

85. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde; 2020.

86. Rial A, Golpe S, Braña T, Varela J. Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. *Behav Psychol Conduct*. 2017;25(2):371-86.

87. Cortés-Tomás MT, Giménez-Costa JA, Motos-Sellés P, Sancerni-Beitia MD. Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening

instruments for underage binge drinking. *Drug Alcohol Depend*. 1 de enero de 2016;158:52-9.

88. Rial A, Kim-Harris S, Knight JR, Araujo M, Gómez P, Braña T *et al*. Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*. 2018;31(2):160.

89. Boston Children's Hospital, Harvard Medical School Teaching Hospital. CABHRe Center for Adolescent Behavioral Health Research [Internet]. 2021 [citado 14 de enero de 2021]. Disponible en: <https://cabhre.org/>

90. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41.

91. Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav*. octubre de 2005;29(5):443-55.

92. Clemente Jiménez ML., Rubio Aranda E, Pérez Trullén A, Marrón Tundidor R, Herrero Labarga I, Fuertes Fernández-Espinar J. Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través de un test de Fagerström modificado. *An Pediatría*. 2003;58(6):538-44.

93. Blanco Presas M. Variables ligadas al tabaquismo en una muestra de estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de A Coruña. *Rev ROL Enferm*. 2019;42(5):58-68.

94. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use*. 2007;12(4):233-42.

95. Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*. 2015;27(1):47.

96. Lloret Irlles D, Morell Gomis R, Marzo Campos JC, Tirado González S. Validación española de la Escala de

- Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Aten Primaria*. 2018;50(6):350-8.
97. Chóliz Montañés M, Marcos Moliner M. Detección temprana y prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes. Madrid: Fundación MAPFRE; 2020.
98. Parthasarathy S, Kline-Simon AH, Jones A, Hartman L, Saba K, Weisner C *et al*. Three-Year Outcomes After Brief Treatment of Substance Use and Mood Symptoms. *Pediatrics*. 2021;147(1).
99. Ridenour TA, Willis D, Bogen DL, Novak S, Scherer J, Reynolds MD *et al*. Detecting initiation or risk for initiation of substance use before high school during pediatric well-child check-ups. *Drug Alcohol Depend*. 2015;150:54-62.
100. Gibson EB, Knight JR, Levinson JA, Sherritt L, Harris SK. Pediatric Primary Care Provider Perspectives on a Computer-Facilitated Screening and Brief Intervention System for Adolescent Substance Use. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2020.