

# Shawsheen Valley Technical High School

100 Cook Street, Billerica, Massachusetts 01821-5499  
Internet Address: [www.shawsheentech.org](http://www.shawsheentech.org)

TONY MCINTOSH  
Superintendent-Director

Tel.: (978) 667-2111  
Fax: (978) 663-6272

Abril 2025

Estimados padres o tutores,

A partir del **28 de abril de 2025**, el personal de consejería y salud escolar de nuestra escuela comenzará un examen de salud llamado SBIRT. SBIRT son las siglas en inglés de Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento. La SBIRT se utiliza para detectar el consumo de alcohol, nicotina, tabaco y otras drogas. Este examen de salud es requerido por la ley de Massachusetts.

Los estudiantes de 9º grado participarán en esta evaluación, que dura entre 5 y 10 minutos. El personal de salud de la escuela tendrá conversaciones individuales con los estudiantes. Preguntarán a los estudiantes sobre el consumo de alcohol, nicotina, tabaco u otras drogas durante el año pasado. Luego, el personal hablará con cada estudiante sobre cómo apoyar su salud, seguridad y éxito general en la escuela. Si el estudiante necesita más evaluación o apoyo, el personal de salud puede trabajar con el estudiante y/o sus padres/tutores.

Las preguntas formuladas durante esta evaluación se enumeran en la herramienta de detección CRAFFT+N adjunta. Por favor, lea esta herramienta, que ha sido aprobada por el Departamento de Salud Pública.

La evaluación de SBIRT en la escuela es:

- Preguntar a un breve conjunto de Preguntas

La evaluación escolar de SBIRT **NO** es:

- un análisis de sangre u orina
- una prueba de drogas, o
- una prueba de cualquier función corporal

Tenga en cuenta:

1. Se registran los resultados de las pruebas de detección. No se guarda ninguna información que pueda identificar a un estudiante (por ejemplo, nombre o fecha de nacimiento)
2. Los resultados de la evaluación no se incluirán en el expediente escolar del estudiante.
3. Los resultados de las pruebas de detección no se compartirán sin el permiso del estudiante o de sus padres/tutores. Sin embargo, los resultados pueden compartirse en caso de emergencia médica inmediata o cuando lo exija la ley.

Si desea excluir a su estudiante de la evaluación, complete el siguiente formulario: ([Formulario de exclusión de SBIRT](#)) antes del **viernes 25 de abril de 2025**. Su hijo también puede optar por no participar en el momento de la evaluación. No dude en ponerse en contacto conmigo al (978) 667-2111 x 1315 si tiene alguna pregunta.

Juntos, las escuelas y los padres pueden marcar la diferencia para los jóvenes de nuestra comunidad. Una manera de prevenir el consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes es hablar con su estudiante sobre sus pensamientos y expectativas sobre el consumo de alcohol y drogas. Puede ver la herramienta CRAFFT+N y otros recursos de SBIRT visitando, [www.masbirt.org/schools](http://www.masbirt.org/schools).

Sinceramente



James Carlson  
Directora de Orientación y Servicios de Salud

# Entrevista con el instrumento CRAFFT 2.1+N

SBIRT en las escuelas

## Parte A

**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 la respuesta es ninguno.

  
N° 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 la respuesta es ninguno.

  
N° 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.

  
N° 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.

  
N° 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.

## Si el/la estudiante respondió...

"0" en todas las preguntas de la Parte A



Solo hágale la primera pregunta de la Parte B a continuación y luego **DETÉNGASE**

"1" o más en las P. 1, 2, o 3



Hágale las 6 preguntas de la Parte B a continuación

"1" o más en la P. 4



Hágale las 10 preguntas de la Parte C en la siguiente página

## Parte B

Marca con un círculo

**C** ¿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

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí

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

No Sí



## Parte C

“Las siguientes preguntas son sobre el uso de **dispositivos vaporizadores que contienen nicotina o sabores**, o sobre el uso de **productos de tabaco**.\*”

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

---

Fuente e información de contacto: © **John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.**

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe),

Boston Children's Hospital. [crafft@childrens.harvard.edu](mailto:crafft@childrens.harvard.edu)

Para obtener más información y versiones en otros idiomas, visite [www.masbirt.org/schools](http://www.masbirt.org/schools)

**Español**

[Spanish-Latin America]