

Shawsheen Valley Technical High School

100 Cook Street, Billerica, Massachusetts 01821-5499
Internet Address: www.shawsheentech.org

TONY MCINTOSH
Superintendent-Director

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

March 10, 2023

Estimado padre o madre o tutor legal:

A partir de **April 2023** el personal de atención de la salud de nuestra escuela comenzará un examen de salud llamado SBIRT. SBIRT son las siglas en inglés de Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (detección, intervención breve y derivación a tratamiento). El 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 del grado **9** participarán en este examen que dura entre 5 y 10 minutos. El personal de atención de la salud de la escuela mantendrá conversaciones individuales con los estudiantes. Preguntarán a los estudiantes sobre el consumo de alcohol, nicotina, tabaco u otras drogas durante el último año. A continuación, el personal hablará con cada estudiante sobre cómo apoyar su salud general, su seguridad y su éxito en la escuela. Si el estudiante necesita más evaluación o apoyo, el personal de atención de la salud puede trabajar con el estudiante y/o su padre o madre/tutor legal.

Las preguntas que se formulan durante este examen se enumeran en la herramienta de examen CRAFFT adjunta. Lea esta herramienta, que ha sido aprobada por el Departamento de Salud Pública.

Tenga en cuenta:

- Se registran los resultados del examen de detección. No se guarda ninguna información que pueda identificar a un alumno (por ejemplo, el nombre o la fecha de nacimiento).
- Los resultados del examen de detección no se incluyen en el expediente escolar del alumno.
- Los resultados del examen de detección no se compartirán sin el permiso del alumno o de su padre o madre o tutor legal. Sin embargo, los resultados pueden ser compartidos en el caso de una emergencia médica inmediata, o cuando sea requerido por la ley estatal.

Al igual que con cualquier examen de salud escolar, usted puede optar por excluir a su hijo de este proceso. Los propios estudiantes también pueden optar por no participar. Si no desea que su hijo participe en este examen de detección o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con **James Carlson** en **978-671-2111 x 612**.

Los padres y tutores legales pueden ayudar a sus hijos a tomar decisiones saludables. Una forma importante de prevenir el consumo de alcohol y drogas es hablar con ellos sobre sus pensamientos y expectativas. Algunos recursos que pueden ayudar a estas conversaciones son:

- <https://drugfree.org/>
- <https://helplinema.org/for-parents/>
- <https://handholdma.org/>

Juntos, las escuelas y los padres/tutores legales PUEDEN marcar la diferencia para los jóvenes de **Shawsheen Valley Technical High School**.

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 DEJAR de consumir, pero no pudiste?	Sí	No
2. ¿ ACTUALMENTE usas vaporizador o tabaco porque te resulta muy difícil dejar de consumir?	Sí	No
3. ¿Alguna vez has sentido que eres ADICTO/A al vaporizador o al tabaco?	Sí	No
4. ¿Alguna vez sientes muchas GANAS de usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has sentido que realmente NECESITABAS usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
6. ¿Te resulta difícil evitar usar vaporizador o tabaco en LUGARES donde supuestamente no debes hacerlo, como la escuela?	Sí	No
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?	Sí	No
b. ¿te sentiste más IRRITABLE porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
c. ¿sentiste NECESIDAD o ganas intensas de usar vaporizador o tabaco?	Sí	No
d. ¿te sentiste NERVIOSO/A , 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

Para obtener más información y versiones en otros idiomas, visite www.masbirt.org/schools

Español

[Spanish-Latin America]