



Validación de la versión española del *POSIT_{UAS}* como herramienta de amplio espectro para la detección precoz del consumo problemático de alcohol y sustancias en la adolescencia

Validation of the Spanish version of the *POSIT_{UAS}* as a broad-spectrum tool for the early detection of problematic alcohol and substance use in adolescence

AUTORES

- (1,2) Nuria García-Couceiro [ORCID: 0000-0002-9670-8809]
(3) Patricia Gómez [ORCID: 0000-0002-3835-0028]
(4) Manuel Isorna [ORCID: 0000-0002-3398-8882]
(5,6) Víctor José Villanueva-Blasco [ORCID: 0000-0001-6081-1583]
(3) Antonio Rial [ORCID: 0000-0003-0129-8606]

FILIACIONES

- (1) Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
(2) Grupo de Investigación en Enfermería, Gestión y Cuidados (AC23). Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Hospital Clínico Universitario de Santiago (SERGAS). SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
(3) Departamento de Psicología Social, Básica y Metodológica.
(4) Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. Universidad de Vigo. VIGO, ESPAÑA.
(5) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Valencia. VALENCIA, ESPAÑA.
(6) Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD). ESPAÑA.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todos los autores han contribuido intelectualmente y de manera significativa en el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis e interpretación de los mismos, la redacción del manuscrito y la revisión crítica de su contenido.

FINANCIACIÓN

Este estudio no contó con financiación específica de agencias del sector público, comercial o sin ánimo de lucro.

CORRESPONDENCIA

Antonio Rial Boubeta antonio.rial.boubeta@usc.es
Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Campus Vida, s/n. CP 15782. Santiago de Compostela, España.

CITA SUGERIDA

García-Couceiro N, Gómez P, Isorna M, Villanueva-Blasco VJ, Rial A. Validación de la versión española del *POSIT_{UAS}* como herramienta de amplio espectro para la detección precoz del consumo problemático de alcohol y sustancias en la adolescencia. 2025; 99: 17 de noviembre e202511076.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La situación actual del consumo de alcohol y sustancias en España sugiere la necesidad de invertir esfuerzos en la detección e intervención precoz. Es necesario que los profesionales cuenten con instrumentos sencillos, adaptados a los tiempos de consulta y que hayan demostrado sus propiedades psicométricas. Este trabajo pretendió validar la versión española del *POSIT_{UAS}* como herramienta genérica para la detección precoz de un posible trastorno por consumo de alcohol o sustancias en la adolescencia, promoviendo así su uso frente a la aplicación simultánea de diferentes escalas de cribado específicas para cada consumo.

MÉTODOS // Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal entre estudiantes de Educación Secundaria de Galicia (España), mediante una metodología selectiva. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* que incluía variables sociodemográficas y las versiones en castellano del *POSIT_{UAS}*, del *AUDIT*, del *HONC* y del *CAST*. Participaron 1.027 estudiantes (44,7% de mujeres), de edades comprendidas entre los doce y dieciocho años (M=15,40; DT=1,638). Los datos fueron analizados estadísticamente mediante procedimientos descriptivos e inferenciales, así como mediante análisis psicométricos de consistencia interna, validez y capacidad de cribado.

RESULTADOS // El *POSIT_{UAS}* resultó ser un instrumento unidimensional, con una elevada consistencia interna (KR-20=0,84) y una excelente capacidad de cribado. Presentó un equilibrio entre sensibilidad y especificidad, así como un área bajo la curva COR, aceptables, tanto en el consumo de alcohol (se=0,84; es=0,90; curva COR=0,92) como de tabaco (se=0,79; es=0,83; curva COR=0,87) y cannabis (se=0,97; es=0,73; curva COR=0,93).

CONCLUSIONES // Este trabajo aporta evidencia psicométrica para avalar el uso del *POSIT_{UAS}* como herramienta de cribado genérica de un posible trastorno por consumo de alcohol o sustancias, en tanto que proporciona buenos resultados tanto en el caso de alcohol como del tabaco y del cannabis.

PALABRAS CLAVE // Adolescencia; Adicciones; Cuestionarios; Detección precoz; Prevención; *POSIT*.

ABSTRACT

BACKGROUND // The current situation of alcohol and substance use in Spain suggests the need to invest efforts in early detection and intervention. It is necessary for professionals to have simple instruments that are adapted to consultation times and that have demonstrated their psychometric properties. This study aimed to validate the Spanish version of the *POSIT_{UAS}* as a generic tool for the detection of a possible alcohol or substance use disorders, thus enhancing its use compared to the simultaneous application of different screening scales specific to each use.

METHODS // A descriptive, observational and cross-sectional study was conducted among secondary school students in Galicia (Spain), using a selective methodology. An *ad hoc* questionnaire was developed including sociodemographic variables and the Spanish versions of the *POSIT_{UAS}*, *AUDIT*, *HONC* and *CAST*. A total of 1,027 students (44.7% female), aged between twelve and eighteen years (M=15.40; SD=1.638) participated. The data were statistically analyzed using descriptive and inferential procedures, as well as psychometric analyses of internal consistency, validity, and screening ability.

RESULTS // The *POSIT_{UAS}* was found to be a unidimensional instrument, with high internal consistency (KR-20=0.84) and excellent screening ability. It showed a balance between sensitivity and specificity and an acceptable area under the ROC curve, both in detecting alcohol (se=0.84; es=0.90; ROC curve=0.92), tobacco (se=0.79; es=0.83; ROC curve=0.87) and cannabis (se=0.97; es=0.73; ROC curve=0.93) use.

CONCLUSIONS // This article provides psychometric evidence supporting the use of *POSIT_{UAS}* as a generic tool for detecting possible alcohol or substance use disorders, as it offers good results in the case of alcohol, tobacco, and cannabis.

KEYWORDS // Adolescence; Addictions; Questionnaires; Early detection; Prevention; *POSIT*.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y sustancias constituye uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial (1), suscitando una especial preocupación su efecto en la adolescencia (2). En España, los índices de consumo se sitúan en cifras elevadas, siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis las sustancias más consumidas. El 73,6% del estudiantado (catorce-dieciocho años) refiere haber consumido alcohol en el transcurso del último año, el 27,7% tabaco y el 21,8% cannabis, completando la lista los hipnosedantes con receta (14,8%), los hipnosedantes sin receta (7,4%), la cocaína (2,3%), el éxtasis (2,2%) y los inhalables volátiles (2,1%) (3). La comparativa con otros países no arroja grandes diferencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el 56% de la población adolescente de quince años ya ha consumido alcohol en alguna ocasión, el 25% tabaco y el 12% cannabis (4), situándose estos porcentajes en el 79%, 41% y 16%, respectivamente, en el caso de países europeos (5).

Más allá de las prevalencias, destaca la precocidad con la que se comienzan a consumir sustancias en España (6). El primer consumo de alco-

hol tiene lugar a los 13,9 años de media, el de tabaco a los 14,1 y el de cannabis a los 14,9 (3). La escasa corrección de las edades de inicio a lo largo de la serie histórica y su tendencia estática justifica que, en el marco de la *Encuesta ESTUDES 2022-2023*, se haya incluido un estudio piloto con estudiantes de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), cuyos resultados constatan que el consumo de sustancias en menores de catorce años no es anecdótico; el 34,6% ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 8,5% tabaco. Asimismo, se hace patente la irrupción y popularidad de nuevas modalidades de consumo. La tasa de consumo de cigarrillos electrónicos (25,2% alguna vez en la vida) triplica ya la de cigarrillos tradicionales en la franja de doce-trece años (7). Ello coincide con la aparición de nuevas prácticas advertida por algunos autores, tales como la combinación de alcohol con bebidas energéticas (8), el consumo de jarabe violeta¹ (9), el uso de las cachimbos (10), el *dabbing*², el *cannavaping*³ o los vaporizadores cannábicos (11).

Por otro lado, destaca la instauración progresiva de patrones de consumo intensivo o *binge drinking* (BD). El 28,2% del estudiantado español (entre catorce y dieciocho años) reco-

1 El jarabe violeta, también conocido como *lean* o *purple drink*, es una bebida de uso recreativo elaborada a partir de la mezcla de jarabe para la tos que contiene codeína y prometazina con refrescos carbonatados y, en ocasiones, gominolas. Su color característico suele ser morado, de ahí su denominación.

2 El *dabbing* es una modalidad de consumo de cannabis que consiste en inhalar el vapor generado al calentar extractos sólidos o semisólidos altamente concentrados en tetrahidrocannabinol (THC), conocidos como *dabs* o *wax*, mediante un dispositivo específico denominado *dab rig* o vaporizador. Este método produce efectos intensos y rápidos debido a las elevadas concentraciones de THC presentes en los *dabs*.

3 El *cannavaping* hace referencia al uso de cigarrillos electrónicos o vaporizadores para inhalar líquidos o aceites que contienen cannabinoides (THC, CBD o ambos), disueltos en sustancias como glicerina vegetal o propilenglicol. A diferencia del *dabbing*, utiliza preparados líquidos y temperaturas de vaporización más bajas.

noce haberlo practicado durante el último mes (3). Además, dos de cada diez refieren haber acudido a algún botellón (3). La práctica del botellón es un elemento facilitador del BD, incrementando su prevalencia treinta veces (12). Asimismo, acudir con frecuencia a botellones se relaciona con con tasas de consumo de riesgo de sustancias significativamente mayores (12). En este sentido, encuestas como la *ESPAD* (5) o la *ESTUDES* (3) han empezado a incluir, entre sus mediciones, índices de consumo de riesgo de algunas sustancias, como por ejemplo el cannabis. Según la *ESTUDES 2022-2023* el 14,5% del estudiantado que ha consumido cannabis en el último año presenta un consumo de riesgo (3).

Todo ello, sumado a la elevada accesibilidad de las sustancias (especialmente a través de Internet o en macrofestivales), su reducido coste, la baja percepción de riesgo, la creciente aceptación social y las graves consecuencias que suponen para la salud (3,13), justifica la necesidad de un cambio de paradigma en las estrategias de prevención. A este respecto, la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024* (14) pone el acento en la detección e intervención precoz, y los servicios de salud de Atención Primaria (AP) se posicionan como un escenario de oportunidad para ello (15). El cambio podría pasar por la implementación en España del modelo *SBIRT* (*screening, brief intervention and referral to treatment*) (16), un enfoque de Salud Pública orientado hacia la detección precoz y la prestación de tratamiento a personas con trastornos adictivos instaurados o en riesgo de desarrollarlos (17). No obstante, dicha implementación está sujeta a condicionantes técnicos, logísticos y organizativos (18). Es necesario contar con herramientas de cri-

bado breves, debidamente validadas y adaptadas a la población adolescente (14,16). En este sentido, aunque la tendencia general es a decantarse por instrumentos específicos para cada sustancia, tales como el *AUDIT* (*Alcohol User Disorders Identification Test*) (19), el *HONC* (*Hooked on Nicotine Checklist*) (20) o el *CAST* (*Cannabis Abuse Screening Test*) (21), la actual y creciente sobrecarga de los sistemas de AP (22) sugiere la pertinencia de optar por instrumentos de amplio espectro, con los que optimizar los tiempos de consulta, abarcando los problemas de forma global. Ello vendría reforzado, además, por el hecho de que aquellos jóvenes que presentan un consumo de riesgo de una sustancia tienden a desarrollar otros consumos de riesgo (13).

Un instrumento que ha dado muestras de su capacidad a la hora de detectar de manera genérica posibles consumos de riesgo o incluso un posible trastorno incipiente es el *POSIT_{UAS}* (23), una escala compuesta por diecisiete ítems dicotómicos que ha demostrado un buen comportamiento psicométrico con adolescentes. Sin embargo, a pesar de haber sido ya validada en España (24), no existen trabajos que justifiquen el beneficio que podría suponer su uso como herramienta de amplio espectro en sustitución de varios instrumentos específicos para las diferentes sustancias. Por ello, este trabajo se planteó con el objetivo de validar la versión española del *POSIT_{UAS}* como instrumento genérico para la detección precoz de un posible trastorno por consumo de alcohol o sustancias en la adolescencia, promoviendo así su uso frente a la aplicación simultánea de diferentes escalas de cribado específicas, tales como el *AUDIT* para el alcohol, el *HONC* para el tabaco o el *CAST* para el cannabis. ▶

SUJETOS Y MÉTODOS

Procedimiento. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal, mediante una metodología selectiva, consistente en la administración de un cuestionario *ad hoc* entre estudiantes de Enseñanza Secundaria de la Comunidad Autónoma de Galicia (España). La recogida de datos tuvo lugar durante el curso 2022/2023, en las aulas de los propios centros. Se realizó un pilotaje previo, con una muestra de veinticinco sujetos para estimar el tiempo de cumplimentación, la correcta comprensión de los ítems y anticipar posibles dificultades. El tiempo de cumplimentación oscilaba entre diez y quince minutos. Las personas participantes fueron informadas previamente de la finalidad del estudio. Su participación fue voluntaria y no remunerada. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de las respuestas. El estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Instrumentos. Se utilizó un cuestionario autoadministrado en papel y dividido en tres bloques. El primero contenía variables sociodemográficas. El segundo incluía la versión en castellano del *POSIT*_{UAS}, para la cual, de acuerdo con el estudio de validación previo de Araujo et al. (24), se consideró que una puntuación mayor o igual a 2 indicaba la presencia de un consumo de riesgo de alguna sustancia. Finalmente, el tercero englobaba tres escalas específicas para el cribado del consumo de alcohol (*AUDIT*), tabaco (*HONC*) y cannabis (*CAST*). El *AUDIT* es una herramienta desarrollada por la OMS para el cribado del consumo de alcohol. Consta de diez ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert. En este estudio se

consideró consumo de riesgo aquel que superaba el punto de corte 4, siguiendo la validación con adolescentes españoles de Rial et al. (19). La consistencia interna obtenida fue elevada ($\alpha=0,86$). El *HONC* es un instrumento breve y sencillo, compuesto por diez ítems dicotómicos, diseñado para el cribado del consumo de tabaco/nicotina. Se consideró la existencia de consumo de riesgo en los casos en los que la puntuación obtenida era igual o mayor de 1 (20). La consistencia interna alcanzada fue muy elevada ($KR-20=0,90$). Por último, el *CAST* es una herramienta diseñada para el cribado del consumo de cannabis, que consta de seis ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Se optó por la opción de corrección completa frente a la binaria. Las puntuaciones iguales o superiores a 4 fueron consideradas consumo de riesgo, de acuerdo con la validación con adolescentes españoles de Rial et al. (21). La consistencia interna alcanzada fue también elevada ($\alpha=0,82$).

Conviene advertir que, más allá de la controversia terminológica existente, de acuerdo con las directrices recogidas explícitamente en el *Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol*, recientemente publicado por el Ministerio de Sanidad (25), se evitó utilizar en todo el texto los términos *consumo problemático* o *consumo abusivo*, en favor de los términos *consumo de riesgo* o *posible trastorno*.

Participantes. Se recurrió a un muestreo intencionado de conveniencia, accediendo a colaborar once centros educativos gallegos de titularidad pública y privada. Las personas participantes debían ser estudiantes con edades comprendidas entre los doce y dieciocho

años. Los criterios de exclusión fueron la negativa a participar y la presencia en el cuestionario de un elevado porcentaje de valores ausentes o un patrón de respuesta incoherente. La muestra inicial estuvo compuesta por 1.089 adolescentes, aunque se eliminaron 62 por no cumplir los criterios de inclusión o exclusión. La muestra final incluyó a 1.027 estudiantes (44,7% de mujeres), con edades comprendidas entre los doce y dieciocho años ($M=15,40$; $DT=1,638$). El 54,6% estudiaban ESO, el 37,2% Bachillerato y el 8,2% Formación Profesional de Grado Medio.

Análisis de datos. Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de porcentajes, estadísticos de tendencia central y dispersión. Se compararon los porcentajes (χ^2 cuadrado) y las puntuaciones medias en función del sexo (prueba *t* de Student) y del grupo de edad (Anova unifactorial y contraste *post hoc* de Tukey). Dado el incumplimiento de normalidad se aplicó de forma complementaria la prueba U de Mann-Whitney para dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para más de dos grupos. Para evaluar la consistencia interna de la escala, en tanto que el *POSIT_{UAS}* es una escala de respuesta dicotómica, se calculó la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20), calculando también el Índice de Homogeneidad Corregido (IHC) de cada ítem y los valores del KR-20 cuando el ítem era eliminado. Para confirmar la unidimensionalidad se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), utilizando para la estimación de parámetros el método de Mínimos Cuadrados No Ponderados (ULS). Finalmente, para evaluar la validez de criterio, se analizó el grado de concordancia con el *AUDIT*, el *HONC* y el *CAST*. Dichas herramientas fueron utilizadas también para cal-

cular la sensibilidad y especificidad del *POSIT_{UAS}*. De manera complementaria, se calculó el área bajo la curva COR (Característica Operativa del Receptor). Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics* versión 29.

RESULTADOS

El 43,4% de las personas participantes afirmaron haber consumido alcohol en el último año, el 19% tabaco y el 7,5% cannabis. El porcentaje de sujetos que presentaron un consumo de riesgo ascendió al 26,4% en el caso del alcohol (*AUDIT* mayor o igual a 4), al 21% en el caso del tabaco (*HONC* mayor o igual a 1) y al 2,9% en el del cannabis (*CAST* mayor o igual a 4).

El 29,9% de las participantes arrojaron un resultado positivo en el *POSIT_{UAS}* (mayor o igual a 2). En la **TABLA 1** se muestra el porcentaje de respuestas positivas y negativas para cada uno de los ítems.

Las mujeres obtuvieron una puntuación media superior a la de los hombres (1,62 frente a 1,19) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t=2,88$; $p<0,001$; $Z=-3,212$; $p<0,001$). De igual modo, el porcentaje de positivos fue significativamente mayor en el grupo de las mujeres (33,8% respecto a 23,5%; $\chi^2=16,947$; $p<0,001$). Por lo que se refiere a la edad, las puntuaciones medias calculadas para los tres grupos considerados fueron de 0,32 para el grupo de doce-catorce años, 1,55 para el de quince-dieciséis años y 2,47 para el de diecisiete-dieciocho años, resultando también las diferencias estadísticamente significativas ($F=101,43$; $p<0,001$; $H=222,456$; $p<0,001$). Del mismo modo, la diferencia entre los porcentajes de positivos en función de la edad tam-

Tabla 1
 Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas de cada ítem del *POSIT_{UAS}*.

Ítems <i>POSIT_{UAS}</i>	No (%)	Sí (%)
1. ¿Te metes en problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	98	2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	78	22
3. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o las drogas?	91,8	8,2
4. ¿A veces no puedes participar en actividades porque no tienes dinero por habértelo gastado en drogas o bebidas alcohólicas?	96,4	3,6
5. ¿Sientes a veces que eres adicto/a al alcohol o a las drogas?	95,7	4,3
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	78,1	21,9
7. ¿Has comenzado a consumir cada vez mayor cantidad de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	92,2	7,8
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay bebidas alcohólicas o drogas?	96,6	3,4
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	96,7	3,3
10. ¿Has tenido un accidente de coche o moto estando bajo el efecto del alcohol o de las drogas?	98,8	1,2
11. ¿Se te olvidan las cosas que hiciste mientras estabas consumiendo alcohol o drogas?	82,4	17,6
12. ¿Te ocasiona el alcohol o las drogas cambios rápidos de estado de ánimo como pasar de estar alegre a estar triste, o lo contrario?	79,4	20,6
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	93,1	6,9
14. ¿Tienes discusiones serias con tus amigos o con miembros de tu familia por tu consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	97	3
15. ¿Cuándo consumes bebidas alcohólicas o drogas, tiendes a hacer cosas que normalmente no harías, tales como desobedecer reglas, infringir leyes o llegar tarde a casa?	83,4	16,6
16. ¿Tienes dificultad en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a tu consumo de alcohol o drogas?	98,8	1,2
17. ¿Sientes a veces que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	96,3	3,7
	No a todos los ítems (%)	Sí a algún ítem (%)
TOTAL	56,2	43,8

bién fue estadísticamente significativa, siendo 6,55% para el grupo de doce-años, 29,3% para el de quince-dieciséis y 53% para el de diecisiete-dieciocho ($\chi^2=157,95$; $p<0,001$).

La **TABLA 2** recoge los estadísticos descriptivos para la puntuación total del *POSIT*_{UAS}. Los estadísticos de asimetría y curtosis estandarizados revelaron la existencia de asimetría positiva y una distribución leptocúrtica, lo que indicó que las puntuaciones no seguían una distribución normal. Dicho incumplimiento de la normalidad fue contrastado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con la correspondiente corrección de Lilliefors ($K-S=0,287$; $p<0,001$).

Para estudiar la consistencia interna se calculó el KR-20, obteniendo un valor de 0,84. Mediante el cálculo del IHC se analizó la consistencia de cada ítem de forma individual, obteniendo valores entre 0,262 y 0,632. Los ítems 1, 2 y 10 mostraron una menor consistencia respecto al conjunto de la escala. No obstante, la eliminación de cualquiera de ellos no mejoró de forma significativa la consistencia global [**TABLA 3**].

Se llevó a cabo un AFC para comprobar la unidimensionalidad de la escala, utilizando el método ULS. Los índices de bondad de ajuste obtenidos (*Goodness of Fit Index* [GFI]; *Adjusted Goodness of Fit Index* [AGFI]; *Normed Fit Index* [NFI];

Tabla 2
Estadísticos descriptivos para la puntuación total del *POSIT*_{UAS}.

		Estadístico
Puntuación total <i>POSIT</i> _{UAS}	Media	1,47
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior
		Límite superior
	Media recortada al 5%	1,13
	Varianza	6,05
	Desviación típica	2,46
	Mínimo	0
	Máximo	17
	Rango	17
	Asimetría	2,34
	Curtosis	6,70
	Percentiles	25
		50
		75
		95



y *Relative Fix Index* [RFI]), presentaron valores muy aceptables (GFI=0,985; AGFI=0,980; NFI=0,970 y RFI=0,966).

Con el afán de aportar evidencias relacionadas con la validez de criterio

se calculó la correlación entre las puntuaciones del *POSIT_{UAS}* y las del *AUDIT*, el *HONC* y el *CAST* [TABLA 4].

La capacidad de cribado del *POSIT_{UAS}* para detectar de forma incipiente un

Tabla 3
Consistencia de los ítems del *POSIT_{UAS}*.

Ítem	Media (DT)	IHC	KR-20 si se elimina el ítem
Ítem 1	0,02 (0,138)	0,328	0,841
Ítem 2	0,22 (0,414)	0,330	0,848
Ítem 3	0,08 (0,273)	0,553	0,829
Ítem 4	0,04 (0,184)	0,461	0,836
Ítem 5	0,04 (0,201)	0,511	0,833
Ítem 6	0,22 (0,412)	0,529	0,832
Ítem 7	0,08 (0,267)	0,495	0,832
Ítem 8	0,03 (0,179)	0,355	0,839
Ítem 9	0,03 (0,177)	0,467	0,836
Ítem 10	0,01 (0,108)	0,262	0,843
Ítem 11	0,17 (0,378)	0,632	0,823
Ítem 12	0,20 (0,403)	0,598	0,826
Ítem 13	0,07 (0,252)	0,535	0,831
Ítem 14	0,03 (0,171)	0,416	0,837
Ítem 15	0,16 (0,370)	0,616	0,825
Ítem 16	0,01 (0,108)	0,377	0,841
Ítem 17	0,04 (0,187)	0,496	0,834
Global	1,45 (2,45)	KR-20=0,843	

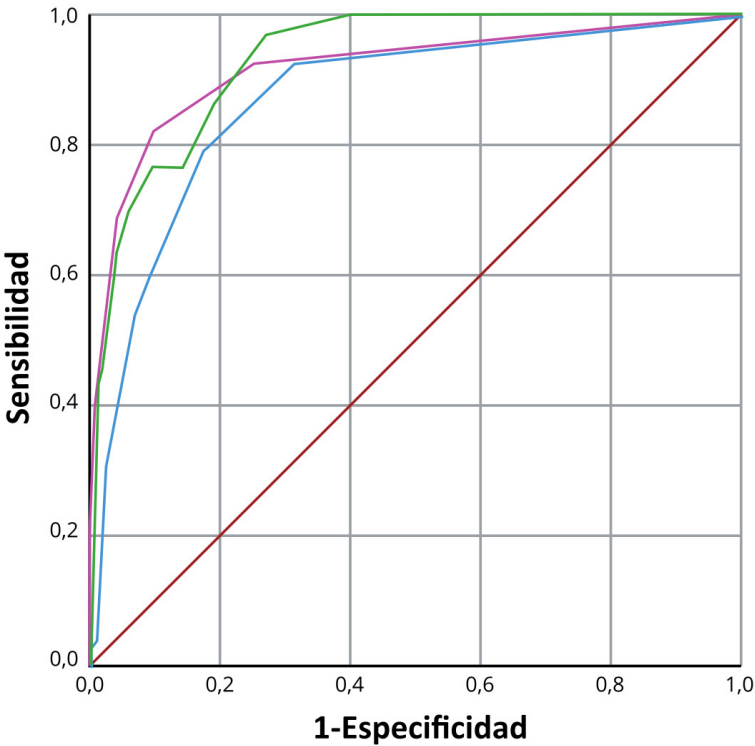
Tabla 4
Correlación del *POSIT_{UAS}* con el *AUDIT*, el *HONC*, y el *CAST*.

	<i>POSIT_{UAS}</i>	
	<i>Coefficiente R Pearson</i>	<i>Coefficiente Rho Spearman</i>
<i>AUDIT</i>	0,804 (p<0,001)	0,742 (p<0,001)
<i>HONC</i>	0,430 (p<0,001)	0,564 (p<0,001)
<i>CAST</i>	0,581 (p<0,001)	0,578 (p<0,001)

posible trastorno por consumo de alcohol, tabaco o cannabis se analizó mediante el cálculo de los valores de sensibilidad y especificidad, utilizando como patrón de oro, respectivamente, el AUDIT, el HONC y el CAST.

De manera complementaria, se realizó un Análisis de Curva COR. En el caso del AUDIT, el área bajo la curva alcanzado fue de 0,919; en el caso del HONC, 0,875; y en el del CAST, 0,933 [Figura 1].

Figura 1
Curvas COR.



	Se	Es	Área bajo la curva COR
AUDIT Punto de corte ≥4	0,84	0,90	0,919 (IC95%: 0,893-0,938)
HONC Punto de corte ≥1	0,79	0,83	0,875 (IC95%: 0,826-0,885)
CAST Punto de corte ≥4	0,97	0,73	0,933 (IC95%: 0,899-0,967)

DISCUSIÓN

Habida cuenta de la situación actual del consumo de alcohol y sustancias en España (3) y de la necesidad de invertir nuevos esfuerzos en la detección e intervención precoz, este estudio se planteó con el objetivo de validar la versión española del *POSIT_{UAS}* como instrumento genérico para la detección del consumo de riesgo o posible trastorno incipiente por el consumo de sustancias, poniendo a prueba su idoneidad frente a la aplicación simultánea de diferentes escalas de cribado específicas, tales como el *AUDIT* para el alcohol, el *HONC* para el tabaco y el *CAST* para el cannabis.

Los resultados obtenidos permiten confirmar el buen comportamiento psicométrico del *POSIT_{UAS}*, en tanto que se trata de un instrumento unidimensional y fiable desde el punto de vista de la consistencia interna ($KR-20=0,84$), tal y como ya habían señalado otros autores (24,26). No obstante, un análisis individual de los ítems revela diferencias importantes en términos de consistencia interna, en tanto que los IHC presenta valores dispares. De manera particular, ítems como el 1, 2 y 10 presentan valores de IHC inferiores al resto. Este hecho, que ya había sido informado en trabajos previos (24), no implica una penalización en términos de consistencia interna global de la escala. Se ha podido comprobar que en ningún caso la eliminación de cualquiera de los ítems reporta mejoras sobre el *KR-20*.

Más allá de ello, se pone de manifiesto que estamos ante una herramienta realmente valiosa desde el punto de vista aplicado. Cuando un sujeto presenta un consumo de riesgo de alcohol, el *POSIT_{UAS}* es capaz de detectarlo en el

84% de las ocasiones. Asimismo, en el 79% de los casos detecta el consumo de riesgo de tabaco y en el 97% el de cannabis. Todo ello con un buen equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, así como unos valores del área bajo la curva COR elevados. No obstante, en tanto que el *POSIT_{UAS}* es una herramienta de amplio espectro que demuestra ser sensible para detectar el consumo de riesgo de varias sustancias simultáneamente, el hecho de que la muestra utilizada en este estudio presente porcentajes de consumo y de consumo de riesgo de alcohol y tabaco mayores que de cannabis, puede determinar que la especificidad obtenida para esta última sustancia sea menor (73% en cannabis frente a 83% en tabaco y 90% en alcohol).

La comparativa con otros instrumentos genéricos para la detección del consumo de sustancias, como puede ser el *CRAFFT*, validado con adolescente españoles por Rial et al. en 2019 (27), pone en relieve que el *POSIT_{UAS}* goza de mejores propiedades psicométricas, demostrando una mayor consistencia interna (0,84 frente a 0,74) y mejores valores de sensibilidad y especificidad.

Por otro lado, en la medida en la que tres de cada diez participantes en el estudio puntúan positivamente en el *POSIT_{UAS}*, se justifica y reitera la necesidad de dimensionar el consumo de sustancias de las personas adolescentes como un problema de Salud Pública real y persistente (16). El hecho de que para un tercio de ellas el consumo de sustancias haya trascendido al ritual de ocio para situarlas en una situación de riesgo, justifica la necesidad de que los profesionales sanitarios aborden el problema de manera sistemática, dis-

poniendo, para ello, de herramientas adecuadas.

Finalmente, es necesario señalar algunas limitaciones. Desde el punto de vista muestral, a pesar de disponer de una muestra de 1.027 adolescentes, el hecho de no haber utilizado una estrategia de muestreo probabilístico y garantizar una afijación proporcional por variables como la *edad*, hace que las cifras estimadas deban interpretarse con cautela. El tamaño muestral alcanzado no ha permitido desagregar los resultados por sexo o en función de otras variables sociodemográficas. Asimismo, el hecho de que sólo hayan participado adolescentes de una comunidad autónoma constituye un condicionante de la validez externa. Se necesitan estudios adicionales que cuenten con muestras amplias y representativas, que permitan hacer una baremación del instrumento atendiendo a diferentes segmentos sociodemográficos.

Cabe señalar también que, desde el punto de vista de la consistencia interna, el hecho de haber detectado valores de IHC muy reducidos para algunos ítems conduce a pensar en la necesidad de revisar la redacción de los mismos o en la posibilidad de elaborar una versión reducida del *POSIT*_{UAS}, prescindiendo de aquellos ítems con

un comportamiento más controvertido. Trabajos psicométricos con un diseño adecuado y una muestra más amplia podrían aportar más evidencia en este sentido.

Por último, cabe señalar que las variables recogidas han sido autoinformadas, por lo que las respuestas podrían estar sujetas a la subjetividad del informante. No obstante, las medidas de autoinforme han demostrado ser fiables e incluso preferibles a otros métodos a la hora de evaluar los hábitos de consumo de sustancias en adolescentes (28,29).

En conclusión, la evidencia aportada por este estudio permite recomendar el *POSIT*_{UAS} como herramienta genérica para el cribado sistemático del consumo de sustancias en adolescentes. En tanto que se trata de un instrumento sencillo y breve, que facilita la optimización de los tiempos de consulta y aporta garantías psicométricas a la hora de detectar de manera incipiente un posible trastorno por consumo de alcohol y sustancias en adolescentes, su aplicación en las consultas de AP resulta de interés, pudiendo suponer una ventaja de cara a la implantación progresiva de sistemas de detección e intervención precoz en España, en la línea del conocido modelo *SBIRT* (16). ©

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *A health promotion approach for reducing youth exposure to alcogenic environments*. Brief 12. Ginebra; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240073296>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2023. Special Points of Interest*. 2023. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023_Special_Points.html
3. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2023 p. 88. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
4. *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060936>
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *ESPAD report 2019: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. [Internet]. LU: Publications Office; 2020. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/970957>
6. 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. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>
7. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Estudio piloto ESTUDES 2023 12 y 13 años. Encuesta piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023 p. 41. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/pnsd/publicaciones/pdf/2023_OEDA_InformePilotoESTUDES_1y2_ESO.pdf
8. Tarragon E. *Alcohol and energy drinks: individual contribution of common ingredients on ethanol-induced behaviour*. Front Behav Neurosci. 2023;17:1057262. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1057262>
9. Miuli A, Stigliano G, Lalli A, Coladonato M, D'Angelo L, Esposito F et al. "Purple Drank" (Codeine and Promethazine Cough Syrup): A Systematic Review of a Social Phenomenon with Medical Implications. J Psychoactive Drugs. 2020;52(5):453-462. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1797250>
10. García-Couceiro N, Isorna M, Braña T, Varela J, Gandoy-Crego M, Rial A. *El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas*. Adicciones. 2023;35(4):445-454. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1744>
11. Papaseit E, Pérez-Mañá C, Pérez-Acevedo AP, Hladun O, Torres-Moreno MC, Muga R et al. *Cannabinoids: from pot to lab*. Int J Med Sci. 2018;15(12):1286-95. <https://doi.org/10.7150/ijms.27087>
12. García-Couceiro N, Isorna M, Varela J, Gandoy-Crego M, Braña T, Rial A. *El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos*. Rev Esp Salud Publica. 2020;94:e202011171. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/795>
13. Liñares D. *Adicciones con y sin sustancia en adolescentes gallegos. Prevalencia y variables asociadas*. [Internet]. [Santiago de Compostela]: Universidad de Santiago de Compostela; 2023. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=2392236>
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Informe de la Evaluación final*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2017. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/2017_Informe_Evaluacion_Final_Estrategia_Nacional_sobre_Drogas_2009_2016.pdf
16. García-Couceiro N, Gómez P, Kim-Harris S, Burkhart G, Flórez-Menéndez G, Rial A. *El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes*. Rev Esp Salud Publica. 2021;95:e202105065. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/467>
17. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/sbirt>

- 18.** 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 (Phila). 2020;59(4-5):429-435. <https://doi.org/10.1177/0009922820902441>
- 19.** 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):371-386. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/validacion-del-test-de-identificacion-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol-audit-en-poblacion-adolescente-espanola/>
- 20.** García-Couceiro N, Kim-Harris S, Gómez P, Isorna M, Rial A. *Adaptation and Validation of the Hooked on Nicotine Checklist (HONC) with Spanish Adolescents*. Arch Bronconeumol. 2024;60(5):279-284. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2024.03.020>
- 21.** Rial A, García-Couceiro N, Gómez P, Mallah N, Varela J, Flórez-Menéndez G et al. *Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents*. Addict Behav. 2022;129:107288. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107288>
- 22.** Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022*. Madrid, España; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
- 23.** Rahdert ER. *The Adolescent Assessment/Referral System*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1991. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=ED340960>
- 24.** 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. <https://doi.org/10.20882/adicciones.958>
- 25.** Ministerio de Sanidad. *Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol*. 1ª versión de julio de 2025. Madrid; 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/guiasAlcohol/docs/glosarioDefiniciones.pdf>
- 26.** Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. *Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. Funded in part by the Maternal and Child Health Bureau, Project MCJ-MA259195, HRSA, DHHS. J Adolesc Health*. 2001;29(2):125-30. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00206-8](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00206-8)
- 27.** Rial A, Kim-Harris S, Knight JR, Araujo M, Gómez P, Braña T, Varela J, Golpe S. *Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles*. Adicciones. 2019;31(2):160-169. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1105>
- 28.** Babor TF, Kranzler HR, Lauerma R.J. *Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures*. Addict Behav. 1989;14(2):139-157. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(89\)90043-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(89)90043-9)
- 29.** Winters KC, Stinchfield RD, Henly GA, Schwartz RH. *Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement*. Int J Addict. 1990;25(11A):1379-1395. <https://doi.org/10.3109/10826089009068469>