

## CUESTIONARIO

*Rellenar encuestador*

**NÚMERO DE CUESTIONARIO EN EL AULA ENCUESTADA.....**

### PRESENTACIÓN

---

Este cuestionario forma parte de una encuesta para conocer las conductas y actitudes de los estudiantes sobre consumo de drogas y otros temas, en el que participan el Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas, y otras instituciones.

Este centro y esta clase han sido elegidos al azar para participar en la encuesta, por lo que nos gustaría que leyese detenidamente y contestase las preguntas que se formulan.

Por supuesto, el cuestionario es anónimo. No incluye tu nombre ni datos que permitan identificarte, por lo que te animamos a que seas sincero/a. Tu cuestionario se mezclará con los de muchos otros estudiantes, de forma que ni tus profesores ni tus padres ni ninguna otra persona podrán conocer nunca cuáles han sido tus respuestas. La información que facilites se combinará con la de otros estudiantes para obtener índices para el conjunto del estado o de las comunidades autónomas; pero no se obtendrán datos separados para tu clase o tu centro educativo ni para ningún otro.

Desde 1994 se vienen haciendo en España estudios similares cada dos años, que han permitido conocer con bastante precisión la evolución del consumo de drogas psicoactivas y otras conductas entre los estudiantes de 14 a 18 años. El esfuerzo que se realiza es importante, porque contestan el cuestionario más de 20.000 estudiantes de todas las comunidades autónomas. Para que tenga éxito es importante que tus respuestas sean sinceras. Aparte de ser confidencial, tu colaboración en la encuesta es totalmente voluntaria. Si sientes que no puedes contestar sinceramente alguna pregunta, simplemente déjala en blanco.

Esto no es ni un test ni un examen; no hay respuestas correctas o incorrectas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú piensas o haces, marca aquello que más se aproxime.

Antes de rellenar el cuestionario, por favor, escucha atentamente las instrucciones dadas por la persona que te ha dado el cuestionario. En las páginas siguientes tienes, además, algunos ejemplos. Esperamos que encuentres interesantes los temas que abordamos. Si tienes alguna duda, por favor, levanta la mano y la persona que te ha entregado el cuestionario se acercará a ti para resolverla.

**MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR COLABORAR EN ESTA ENCUESTA**

# INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN

En este cuestionario hay preguntas de varios tipos:

a) Preguntas con varias opciones de respuesta en una sola columna. Has de marcar con una "X" una única respuesta. Por ejemplo:

**¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE? Si has salido antes de las 12 de la noche [por ejemplo, a las 10] y has vuelto después de las 12 [por ejemplo, a las 3 de la madrugada], cuéntalo como una única noche.**

- Menos de una noche al mes.....  1
- De 1 a 3 noches el mes.....  2
- 1 noche a la semana.....  3
- 2 noches a la semana.....  4
- 3-4 noches a la semana.....  5
- Más de 4 noches a la semana.....  6
- Nunca .....  0



**Si quieres corregir una respuesta que has marcado antes, rodea con un círculo completamente la respuesta incorrecta, y marca con una "X" la correcta:**

- Menos de una noche al mes.....  1
- De 1 a 3 noches el mes.....  2
- 1 noche a la semana.....  3
- 2 noches a la semana.....  4
- 3-4 noches a la semana.....  5
- Más de 4 noches a la semana.....  6
- Nunca .....  0

**Respuesta incorrecta**



**Respuesta correcta**

b) Preguntas agrupadas en tablas, en las que has de marcar con una "X" una única respuesta en cada columna (↓) de cuadrillos cerrados. Así, en el ejemplo siguiente has de poner en total tres "X".

**¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una "X" en un cuadrillo de cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input checked="" type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input checked="" type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

c) Preguntas agrupadas en tablas, en las que has de marcar con una "X" una única respuesta en cada fila (→) de cuadrillos. Así, en el ejemplo siguiente has de marcar en total once "X".

**¿ACTUALMENTE, CON CUÁLES DE LAS SIGUIENTES PERSONAS CONVIVES O COMPARTES LA CASA? Pon una "X" en un cuadrillo de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.**

	Sí	No
Padre	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Madre	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Pareja de tu padre	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Pareja de tu madre	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Hermanos/hermanas	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Abuelos	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Pareja (marido/mujer, novio/a, compañero/a, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Vives en un centro educativo o institución	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Vives sólo/sola	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2

d) Preguntas que exigen una respuesta numérica, en las que has de anotar un número en las casillas abiertas por arriba, procurando situar siempre la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.

**¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNTOS DÍAS COMPLETOS HAS FALTADO A CLASE POR CADA UNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS? Si en ese periodo no has llegado a faltar a clase un día completo por ese motivo, anota 00 en las casillas abiertas correspondientes.**

- Estar enfermo o ir al médico 

0	1
---	---

 días
- No tener ganas de ir a clase 

0	1
---	---

 días
- Ir a un funeral, visitar o atender a un familiar enfermo, ayudar a los padres, hacer una gestión ineludible 

0	0
---	---

 días
- Otros motivos 

0	0
---	---

 días

e) Preguntas abiertas que exigen escribir la respuesta completa. Estas preguntas se presentan seguidas de una línea discontinua sobre la que has de escribir la respuesta, que suele ser una o dos palabras.

**¿EN QUÉ MUNICIPIO HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** Barcelona

No prestes atención a los pequeños números que hay al lado de los cuadrillos cerrados de respuesta, están ahí sólo para ayudarnos en el proceso de datos.

A CONTINUACIÓN ENTRAMOS EN LAS PREGUNTAS

# PREGUNTAS

**LAS PRIMERAS SON SOBRE CARACTERÍSTICAS BÁSICAS RELACIONADAS CONTIGO O CON TU ENTORNO PRÓXIMO.**

**P.1 ¿CUÁL ES TU SEXO?**

- Hombre .....  1
- Mujer .....  2

**P.2 ¿EN QUÉ MES Y EN QUÉ AÑO NACISTE? (Anota el mes en número. Por ejemplo: Si naciste en enero, anota 01; si en febrero 02, ...)**

MES             AÑO       1     9   

**P.3 ¿EN QUE PAÍS NACISTE?**

- España .....  1
  - Otro país .....  2 → **P.3A ¿QUÉ PAÍS?** \_\_\_\_\_
- No escribir en los cuadritos sombreados*
- (Escribe el nombre del país)*

**P.4 ¿EN QUE PAÍS NACIÓ TU MADRE?**

- España .....  1
  - Otro país .....  2 → **P.4A ¿QUÉ PAÍS?** \_\_\_\_\_
  - No sabes .....  9
- (Escribe el nombre del país)*

**P.5 ¿EN QUE PAÍS NACIÓ TU PADRE?**

- España .....  1
  - Otro país .....  2 → **P.5A ¿QUÉ PAÍS?** \_\_\_\_\_
  - No sabes .....  9
- (Escribe el nombre del país)*

**P.6 ¿EN QUE MUNICIPIO HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** \_\_\_\_\_

**P.7 ¿EN QUÉ PROVINCIA ESTÁ ESE MUNICIPIO?** \_\_\_\_\_

**P.8 ¿ACTUALMENTE, CON CUÁLES DE LAS SIGUIENTES PERSONAS CONVIVES O COMPARTES LA CASA? Pon una "X" en un cuadrillo de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadritos.**

	Sí	No
Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Abuelos/abuelas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Pareja con la que convives (marido/mujer, novio/a, compañero/a, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vives en un centro educativo o institución	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vives sólo/sola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.9 ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN LABORAL DE TU MADRE Y DE TU PADRE? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.**

	<u>MADRE</u>		<u>PADRE</u>
	↓		↓
▪ Trabaja sólo en las tareas de casa .....	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1
▪ Trabaja (sin incluir tareas de casa).....	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2
▪ Está en paro.....	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3
▪ Es pensionista o está jubilado/a.....	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4
▪ Ha fallecido ya.....	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 5
▪ No sabes.....	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 9

**P.10 ¿CUÁL FUÉ EL NIVEL MÁS ALTO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ TU MADRE Y TU PADRE? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.**

	<u>MADRE</u>		<u>PADRE</u>
	↓		↓
▪ Sin estudios o estudios primarios sin terminar (menos de 6 años o cursos terminados).....	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1
▪ Primarios completos , 6º EGB completo, certificado escolar, 6 años o cursos terminados .....	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2
▪ 8º EGB completo, Graduado escolar, Bachillerato elemental, Formación profesional de primer grado, 4 años o cursos de secundaria.....	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3
▪ BUP, Bachillerato Superior, COU, Preu, Formación profesional de segundo grado, 5 o más años o cursos de secundaria.....	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4
▪ Estudios universitarios (ingeniería técnica, magisterio, diplomatura, licenciatura, doctorado)	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 5
▪ No sabes.....	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 9

**P.11 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, HAS FALTADO A UNA O MÁS CLASES?**

- Sí .....  1
- No .....  0 → **Pasa a pregunta 13**

**P.12 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNTOS DÍAS COMPLETOS HAS FALTADO A CLASE POR CADA UNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS? Si en ese periodo no has llegado a faltar a clase un día completo por ese motivo, anota 00 en las casillas abiertas correspondientes.**

- Estar enfermo o ir al médico.....  días
- No tener ganas de ir a clase.....  días
- Ir a un funeral, visitar o atender a un familiar enfermo, ayudar a los padres, hacer una gestión ineludible.....  días
- Otros motivos.....  días

**P.13 ¿HAS REPETIDO CURSO ALGUNA VEZ?**

- Sí, un curso .....  1
- Sí, dos o más cursos.....  2
- No .....  0 → **Pasa a pregunta P15**

**P.14 ¿A QUÉ EDAD REPETISTE CURSO POR PRIMERA VEZ?  Años**

**P.15 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ADEMÁS DE ESTUDIAR, HAS REALIZADO ALGÚN TRABAJO REMUNERADO?**

- Sí.....  1
- No.....  0

**P.16 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, DE CUÁNTO DINERO HAS DISPUESTO HABITUALMENTE A LA SEMANA PARA TUS GASTOS PERSONALES? Anotar el número de euros, situando la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.**

			euros (€)
--	--	--	-----------

**AHORA VAMOS A REFERIRNOS A ACTIVIDADES QUE PUEDES REALIZAR EN TU TIEMPO LIBRE**

**P.17 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE? Si has salido antes de las 12 de la noche [por ejemplo, a las 10] y has vuelto después de las 12 [por ejemplo, a las 3 de la madrugada], cuéntalo como una única noche.**

- Menos de una noche al mes.....  1
- De 1 a 3 noches el mes.....  2
- 1 noche a la semana.....  3
- 2 noches a la semana.....  4
- 3-4 noches a la semana.....  5
- Más de 4 noches a la semana.....  6
- Nunca.....  0 —► **Pasa a Pregunta 19**

**P.18 ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE SALISTE POR LA NOCHE EN FIN DE SEMANA PARA DIVERTIRTE, A QUÉ HORA VOLVISTE A CASA?**

- Antes de las 12 de la noche.....  1
- Entre las 12 y la 1 de la noche.....  2
- Entre la 1 y las 2 de la madrugada.....  3
- Entre las 2 y las 3 de la madrugada.....  4
- Entre las 3 y las 4 de la madrugada.....  5
- Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana.....  6
- Después de las 8 de la mañana.....  7

**LAS PRÓXIMAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO**

**P.19 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS FUMADO CIGARRILLOS EN TU VIDA? No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona**

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20-39 días.....  7
- 40 días o más.....  8
- Ningún día (0 días).....  0 —► **Pasa a Pregunta 25**

**P.20 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

- Sí .....  1
- No .....  0 —► **Pasa a Pregunta 25**

**P.21 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CON QUÉ FRECUENCIA HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

- Menos de un día a la semana.....  1
- Algún día a la semana, pero no diariamente.....  2
- Diariamente.....  3
- Nunca.....  0 → **Pasa a Pregunta 25**

**P.22 ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA, POR TÉRMINO MEDIO?**   cigarrillos

**P.23 ¿TE HAS PLANTEADO ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?**

- Sí, y lo he intentado .....  1
- Sí, pero no lo he intentado.....  2
- No .....  0

**P.24. ¿ACTUALMENTE, ESTÁS PENSANDO SERIAMENTE DEJAR DE FUMAR?**

- Sí, he decidido que dejaré de fumar en los próximos 30 días.....  1
- Sí, me gustaría dejar de fumar en los próximos 6 meses.....  2
- No pienso dejar de fumar, al menos en los próximos 6 meses.....  0

**P.25 ¿TE MOLESTA QUE OTRAS PERSONAS FUMEN EN UN LUGAR CERRADO ESTANDO TÚ PRESENTE?**

- Mucho.....  1
- Bastante.....  2
- Poco.....  3
- Nada.....  0

**P.26 ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA FUMA DIARIAMENTE?**

- Sí.....  1
  - No.....  0
  - Vives en un centro educativo o institución.....  3
  - Vives solo/a.....  4
- } **Pasa a Pregunta 28**

**P.27 PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA, SEÑALA SI FUMAN O NO ACTUALMENTE Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner nueve "X" porque hay nueve filas de cuadrillos. Si en una categoría se engloban varias personas; por ejemplo, "hermanos/as", y unas fuman y otras no, considera que fuman.**

	Fuma a diario	Fuma, pero no a diario	No fuma	No convives
Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Abuelos/abuelas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Pareja con la que convives (marido/mujer, novio/a, compañero/a, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8

**P.28 INDICA CON QUÉ FRECUENCIA HAS VISTO FUMAR TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS A PROFESORES, ESTUDIANTES U OTRAS PERSONAS DENTRO DEL RECINTO DEL CENTRO EDUCATIVO. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos. Considera recinto del centro tanto los edificios y locales cerrados como el patio o espacio exterior cercado o vallado.**

	Todos o casi todos los días que has ido a clase	Más de la mitad de los días	Aproximadamente la mitad de los días	Menos de la mitad de los días	Ningún día
Profesores del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
Estudiantes del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
Otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0

**AHORA SE PLANTEAN ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS [VINO, CERVEZA, SIDRA, CHAMPÁN O CAVA, VERMUT, LICORES, CUBATAS, ...]**

**P.29 ¿HAS TOMADO ALGUNA VEZ EN LA VIDA BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Contesta No si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.**

- Sí .....  1
- No .....  0 —————> **Pasa a Pregunta 38**

**P.30 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**Si no has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses (0 días) —————> Pasa a Pregunta 37**

**P.31 ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS HAS CONDUCIDO UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC) BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?**

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20 días o más.....  7
- Ningún día (0 días).....  0



**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SÓLO A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.**

*Si no has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días —————> Pasa a Pregunta 37*

**P.32 ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS CONSUMIDO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- *En esta pregunta contemplamos dos períodos de tiempo: días laborables y fines de semana (considerando fin de semana el viernes, sábado y domingo). Para cada período señala por separado la frecuencia de consumo de cada bebida alcohólica.*
- *No incluyas la cerveza sin alcohol u otras bebidas sin alcohol.*

**DÍAS LABORABLES:** (lunes, martes, miércoles y jueves). *Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner seis "X", porque hay seis columnas de cuadritos.*

	Vino/ Champán o cava	Cerveza/ Sidra	Aperitivos/ Vermut	Combinados/ Cubatas	Licores de Frutas	Licores fuertes
1 día laborable	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días laborables	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días laborables	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días laborables	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5-9 días laborables.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-14 días laborables	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
15 días laborables o más. Todos los días laborables	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
No he consumido ese tipo de bebidas en días laborables	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**FINES DE SEMANA:** (viernes, sábado y domingo) *Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner seis "X", porque hay seis columnas de cuadritos.*

	Vino/ Champán o cava	Cerveza/ Sidra	Aperitivos/ Vermut	Combinados/ Cubatas	Licores de Frutas	Licores fuertes
1 fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 fines de semana	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 fines de semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Todos los fines de semana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
No he consumido ese tipo de bebidas en fin de semana	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P. 33 ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, POR TÉRMINO MEDIO, QUÉ CANTIDAD DE VASOS, CAÑAS O COPAS DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS TOMASTE EN UN DÍA LABORABLE? ¿Y DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO? Anota una respuesta numérica en cada grupo de dos casillas abiertas. En total has de anotar 12 respuestas numéricas.**

	Durante UN DÍA LABORABLE (lunes, martes, miércoles o jueves)	Durante UN FIN DE SEMANA COMPLETO (viernes+ sábado+ domingo)
Nº de vasos o copas de vino/champán o cava (1 litro = 10 vasos/copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de vasos, cañas o quintos de cerveza/sidra (1 litro = 5 cañas/quintos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de vasos o copas de aperitivos (vermut, jerez,...) (1 litro= 14 vasos/copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de vasos de combinados o cubatas. (1 litro = 4 cubatas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de copas de licores de frutas solos (pacharán, manzana) (1 litro = 20 copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de copas licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky) (1 litro = 20 copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**P. 34 PENSANDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner ocho "X" porque hay ocho filas de cuadrillos.**

	Sí ↓	No ↓
▪ Bares o pubs.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Discotecas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Hipermercados.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Supermercados .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Tiendas, kioscos, bodegas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Casa donde vives.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Casa de otras personas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Venta ambulante .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P. 35 SIGUIENDO CON LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner siete "X" porque hay siete filas de cuadrillos.**

	Sí ↓	No ↓
▪ Bares o pubs.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Discotecas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Restaurantes .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Casa donde vives, incluyendo todo el recinto.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Casa de otras personas, incluyendo todo el recinto.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ En calles, plazas, parques o espacios públicos abiertos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
▪ Otros sitios.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P. 36** ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANTOS DÍAS HAS TOMADO CINCO O MÁS VASOS, CAÑAS O COPAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA MISMA OCASIÓN? POR "OCASIÓN" ENTENDEMOS TOMAR LAS BEBIDAS SEGUIDAS O EN UN INTERVALO APROXIMADO DE DOS HORAS. *Si bebiste de recipientes distintos a vasos, cañas o copas, calcula el número de estas unidades a partir de la información de la P33.*

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20 días o más.....  7
- Ningún día (0 días).....  0

**P37** ¿CUÁNTOS DÍAS TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS? *Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.*

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.38** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS HAS VIAJADO COMO PASAJERO EN UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC.) CONDUCIDO POR ALGUIEN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20 días o más.....  7
- Ningún día (0 días).....  0

**P.39 CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFLEJA MEJOR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE TU PADRE Y DE TU MADRE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
No ha bebido ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Ha bebido algún día aislado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ha bebido sólo los fines de semana	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
No lo sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**LOS TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SON MEDICAMENTOS PARA CALMAR LOS NERVIOS, RELAJARSE, DORMIR MEJOR [Somníferos, sedantes, hipnóticos, benzos, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, etc.]**

**P.40 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

	<b>En tu vida</b>	<b>En los últimos 12 meses</b>	<b>En los últimos 30 días</b>
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.41 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

	<b>En tu vida</b>	<b>En los últimos 12 meses</b>	<b>En los últimos 30 días</b>
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**A CONTINUACIÓN NOS GUSTARÍA QUE CONTESTASES ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE OTROS TIPOS DE DROGAS:**

- **HACHÍS O MARIHUANA** [Cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís]
- **BASE** [Cocaína en base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- **COCAÍNA EN POLVO** [Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO** [Gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH]
- **ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO** [pastis, pirulas]
- **SPEED O ANFETAMINAS** [metanfetamina, anfetam, ice, cristal]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [Caballo, jaco]
- **INHALABLES VOLÁTILES** [Cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

**P.42 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA [cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.43 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BASE [cocaína en base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.44 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.45 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO [gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.46 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO ÉXTASIS [pastis, pirulas]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.47 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO SPEED O ANFETAMINAS [anfetetas, metanfetamina, ice, cristal]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.48 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.49 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HEROÍNA [caballo, jaco]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.50 ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO INHALABLES VOLÁTILES [colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina]? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas cuadritos.**

	En tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
1 día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
40 días o más	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P.51 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CANNABIS (TAMBIÉN LLAMADO MARIHUANA O HACHÍS) SIN QUE HAYAN PASADO MENOS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20 –39 días.....  7
- 40 días o más.....  8
- Ningún día .....  0

**P.52 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y COCAÍNA EN POLVO O EN BASE SIN QUE HAYAN PASADO MENOS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

- 1 día .....  1
- 2 días.....  2
- 3 días.....  3
- 4-5 días.....  4
- 6-9 días.....  5
- 10-19 días.....  6
- 20 –39 días.....  7
- 40 días o más.....  8
- Ningún día.....  0



**P.53 PARA CADA COMPORTAMIENTO DE LA SIGUIENTE LISTA, INDICA SI LO HAS HECHO ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y, EN CASO AFIRMATIVO, QUE EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE LO HICISTE. Para cada uno de los 16 comportamientos, pon una "X" en un cuadrado bajo el No o bajo el Sí, y, en este último caso, anota la edad en que lo hiciste por primera vez en las casillas abiertas de la misma fila.**

	¿Lo has hecho alguna vez en la vida?		¿A qué edad lo hiciste por primera vez? (años)
	No	Sí	
Fumar un <b>CIGARRILLO DE TABACO</b> [Sin considerar como tal el dar unas caladas al cigarro de otra persona]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Fumar <b>CIGARRILLOS DE TABACO DIARIAMENTE</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Tomar una <b>BEBIDA ALCOHÓLICA</b> (Sin considerar como tal el dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Tomar <b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS PRÁCTICAMENTE TODAS LAS SEMANAS</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Tomar <b>TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR PORQUE TE LOS RECETÓ UN MÉDICO</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
<b>EMBORRACHARTE</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Tomar <b>TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>HACHÍS O MARIHUANA</b> [Cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>BASE</b> [Cocaína en base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>COCAÍNA EN POLVO</b> [Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO</b> [Gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>ÉXTASIS</b> [pastis, pirulas]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>SPEED O ANFETAMINAS</b> [metanfetamina, anfetás, ice, cristal]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>ALUCINÓGENOS</b> [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>HEROÍNA</b> [Caballo, jaco]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
Consumir <b>INHALABLES VOLÁTILES</b> [Cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

**P.54 PENSANDO EN LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS CON LOS QUE SALES Y TE RELACIONAS HABITUALMENTE, ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA CUÁNTOS DE ELLOS HAN HECHO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 14 "X" porque hay 14 filas de cuadrillos.**

	Todos	La mayoría	Algunos	Unos pocos	Ninguno
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Emborracharse	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir hachís / Marihuana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar tranquilizantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir éxtasis	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir speed y anfetaminas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir heroína	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir inhalables volátiles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Inyectarse drogas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**A CONTINUACIÓN SE INCLUYEN VARIAS PREGUNTAS SOBRE PROBLEMAS QUE HAS PODIDO TENER EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

**P.55 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE QUE REQUIRIÓ ASISTENCIA MÉDICA (CAÍDA, QUEMADURA, INTOXICACIÓN, ACCIDENTE DE TRÁFICO, DOMESTICO, ETC.)?**

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a Pregunta 57**

**P.56 ¿EN LAS 6 HORAS PREVIAS AL ÚLTIMO ACCIDENTE QUE SUFRISTE, CUÁLES DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS HABÍAS CONSUMIDO? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 10 "X" porque hay 10 filas de cuadrillos.**

	Sí	No
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Speed o anfetaminas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.57 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS PARTICIPADO EN ALGUNA PELEA O HAS SUFRIDO O REALIZADO ALGUNA AGRESIÓN FÍSICA?**

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a Pregunta 59**

**P.58 ¿EN LAS 6 HORAS ANTERIORES A LA ÚLTIMA PELEA O AGRESIÓN FÍSICA EN LA QUE TE VISTE IMPLICADO, CUÁLES DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS HABÍAS CONSUMIDO? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 10 "X" porque hay 10 filas de cuadrados.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Speed o anfetaminas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.59 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS RECIBIDO ASISTENCIA MÉDICA O SANITARIA URGENTE?**

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a Pregunta 61**

**P.60 ¿EN LAS 6 HORAS PREVIAS AL ÚLTIMO PROBLEMA PARA EL QUE NECESITASTE ATENCIÓN MÉDICA O SANITARIA URGENTE, CUÁLES DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS HABÍAS CONSUMIDO? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 10 "X" porque hay 10 filas de cuadrados.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Speed o anfetaminas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.61 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS SIDO DETENIDO POR LA POLICÍA O LA GUARDIA CIVIL?**

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a Pregunta 63**

**P.62 ¿EN LAS 6 HORAS PREVIAS A TU ÚLTIMA DETENCIÓN, CUÁLES DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS HABÍAS CONSUMIDO? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 10 "X" porque hay 10 filas de cuadrillos.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Speed o anfetaminas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.63 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner cuatro "X" porque hay cuatro filas de cuadrillos.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Tener un conflicto o discusión importante con padres o hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Sufrir un robo o atraco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Escapar de casa durante más de un día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Haber sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.64 ¿SI QUISIERAS FUMAR TABACO, TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? ¿O, EN CASO DE QUE YA FUMES, TE LO PERMITEN TUS PADRES?) Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadrillos.**

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Sí, me lo permitiría (o me lo permite) en cualquier sitio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí me lo permitiría (o me lo permite), pero no en casa	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
No me lo permitiría (o no me lo permite), en absoluto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
No sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**P.65 ¿SI QUISIERAS TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? ¿O, EN CASO DE QUE YA LAS TOMES, TE LO PERMITEN TUS PADRES?) Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadrillos.**

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Sí, me lo permitiría (o me lo permite) en cualquier sitio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí me lo permitiría (o me lo permite), pero no en casa	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
No me lo permitiría (o no me lo permite), en absoluto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
No sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**P.66 ¿CÓMO SON LAS RELACIONES QUE MANTIENES CON TUS PADRES?**

- Muy malas.....  1
- Bastantes malas.....  2
- Regulares.....  3
- Bastante buenas.....  4
- Muy buenas.....  5

**P.67 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE APLICAN A TI LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner seis "X" porque hay seis filas de cuadrillos.**

	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Raramente	Casi nunca
Mis padres fijan normas claras sobre lo que puedo hacer <u>en casa</u>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Mis padres fijan normas claras sobre lo que puedo hacer <u>fuera de casa</u>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Mis padres saben <u>con quién</u> estoy cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Mis padres saben <u>dónde</u> estoy cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Puedo fácilmente recibir cariño y cuidado de mi madre y/o mi padre	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Puedo fácilmente recibir cariño y cuidado de mi mejor amigo/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P.68 AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS [DE SALUD O DE OTRO TIPO] QUE PUEDEN SIGNIFICAR REALIZAR ALGUNA VEZ CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS. Donde dice "alguna vez" queremos decir "una vez al mes o menos frecuentemente" Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.**

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Fumar tabaco alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar hachís/marihuana alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar base (cocaína en base, crack) alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir cocaína en polvo alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir GHB o éxtasis líquido alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir éxtasis alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir speed o anfetaminas alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir LSD, tripis o setas mágicas alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir heroína alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Inyectarse drogas alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

**P.69 DE IGUAL MODO, NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS [DE SALUD O DE OTRO TIPO] QUE PUEDEN SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS. Donde dice "habitualmente" queremos decir "aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente" Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 13 "X" porque hay 13 filas de cuadrillos.**

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Fumar un paquete de tabaco diario	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas <i>el fin de semana</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tomar 1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas <i>cada día</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas <i>cada día</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar hachís/marihuana habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar base (cocaína en base, crack) habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir cocaína en polvo habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir éxtasis habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir speed o anfetaminas habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir LSD, tripis o setas mágicas habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir heroína habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Inyectarse drogas habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

**P.70 ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.**

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	No sabes
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Tranquilizantes / pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Hachís / marihuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Speed o anfetaminas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

**EN LAS PREGUNTAS SIGUIENTES (P.71 HASTA P.74) RECUERDA QUE EL TÉRMINO DROGA TAMBIÉN SE APLICA A TABACO Y A ALCOHOL.**

**P.71 ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL TEMA DE LAS DROGAS?**

- Sí, perfectamente..... 1
- Sí, lo suficiente..... 2
- Sólo a medias..... 3
- No, estoy mal informado..... 0

**P.72 ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS HAS RECIBIDO, PRINCIPALMENTE, INFORMACIÓN SOBRE DROGAS? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.**

- Madre..... 01
- Padre..... 02
- Hermanos / hermanas..... 03
- Otros familiares ..... 04
- Amigos..... 05
- Profesores ..... 06
- Profesionales sanitarios ..... 07
- Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías, ...) ..... 08
- Medios de comunicación (TV, prensa, radio) ..... 09
- Charlas o cursos sobre el tema..... 10
- Personas que han tenido contacto con ellas..... 11
- Libros y/o folletos..... 12
- Internet..... 13
- Otras ¿Cuáles?(.....) 14
- Por ninguna..... 00

**P.73. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS CREES QUE PODRÍAS RECIBIR UNA INFORMACIÓN MEJOR Y MÁS OBJETIVA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO? ? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.**

- Madre..... 01
- Padre..... 02
- Hermanos/hermanas..... 03
- Otros familiares ..... 04
- Amigos..... 05
- Profesores ..... 06
- Profesionales sanitarios ..... 07
- Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías, ...) ..... 08
- Medios de comunicación (TV, prensa, radio) ..... 09
- Charlas o cursos sobre el tema..... 10
- Personas que han tenido contacto con ellas..... 11
- Libros y/o folletos..... 12
- Internet..... 13
- Otras ¿Cuáles?(.....) 14
- Por ninguna..... 00

**P.74 ¿EN TU ACTUAL INSTITUTO / CENTRO EDUCATIVO, HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HA TRATADO EN CLASE EL TEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?**

- Sí.....  1
- No.....  0

**P.75 ¿TE HA PREGUNTADO EL MÉDICO ALGUNA VEZ EN TU VIDA POR EL CONSUMO DE TABACO, DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE OTRAS DROGAS? Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total has de poner tres "X" porque hay tres filas de cuadritos.**

	Sí	No	No sabes o no te ha visto un médico
TABACO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

**AUNQUE ANTES YA HAS CONTESTADO A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL USO DE HACHÍS O MARIHUANA (P.42), NECESITAMOS VOLVER A PREGUNTARTE SI HAS CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

**P.75\_0.¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS O MARIHUANA [cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís]?**

- Sí .....  1
- No .....  0 → *Pasa a Pregunta 76*

**ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TE PARECERÁN SIMILARES, PERO HAS DE CONTESTARLAS TODAS PORQUE FORMAN PARTE DE CUESTIONARIOS INTERNACIONALES Y DEBEMOS ANALIZARLAS CONJUNTAMENTE**

**P.75\_1¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Pon una 'X' en un cuadrito de cada fila. En total has de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadritos.**

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
<b>1.</b> ¿Has fumado cannabis <u>antes del mediodía</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>2.</b> ¿Has fumado cannabis <u>estando solo/a</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>3.</b> ¿Has tenido <u>problemas de memoria</u> al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>4.</b> ¿Te han dicho <u>los amigos o miembros de tu familia</u> que deberías reducir el consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>5.</b> ¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis <u>sin conseguirlo</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6.</b> ¿Has tenido problemas <u>debido a tu consumo</u> de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)? ¿Cuáles?: / _____ /	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**P.75\_2. ¿SIGUIENDO CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN DICHO PERÍODO?**

***Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 4 "X", porque hay 4 filas de cuadrillos***

	Nunca/casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/ca si siempre
<b>1.</b> ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>2.</b> ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar un canuto, porro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>3.</b> ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>4.</b> ¿Has deseado poder dejarlo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**P75\_3. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir cannabis?**

- Nada difícil.....  1
- Bastante difícil.....  2
- Muy difícil.....  3
- Imposible.....  4

**P75\_4. ¿TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 5 "X", porque hay 5 filas de cuadrillos**

	Sí	No
<b>1.</b> A veces las personas que consumen cannabis tienen problemas graves en casa o en el centro escolar; por ejemplo, faltan a clase, su trabajo escolar es mediocre o dejan los estudios. ¿El consumo de cannabis te ha causado algún problema grave como éstos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>2.</b> ¿De forma repetida, has consumido cannabis haciendo luego alguna actividad en la que este consumo podía ponerte en peligro físico?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>3.</b> ¿El consumo de cannabis te ha llevado a hacer cosas que repetidamente te han causado problemas con la ley?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>4.</b> ¿Has tenido problemas con tu familia o amigos, causados probablemente por tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>5.</b> ¿Has seguido consumiendo cannabis aunque pensaras que te estaba causando problemas con tu familia o amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**AHORA NOS GUSTARÍA QUE CONTESTASES A LAS ÚLTIMAS PREGUNTAS**

**P.76 ¿SI HUBIERAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS Ó MARIHUANA, CREES QUE LO HABRÍAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?**

- Ya he dicho que he consumido.....  4
- Por supuesto que sí.....  3
- Probablemente sí.....  2
- Probablemente no.....  1
- Por supuesto que no.....  0

**P.77 ¿SI HUBIERAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HEROÍNA, CREES QUE LO HABRÍAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?**

- Ya he dicho que he consumido.....  4
- Por supuesto que sí.....  3
- Probablemente sí.....  2
- Probablemente no.....  1
- Por supuesto que no.....  0

**P.78 POR ÚLTIMO, NOS GUSTARÍA QUE HICIERAS SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL CUESTIONARIO**

---

---

---

---

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

**Esperamos que hayas encontrado interesantes las preguntas. Por favor, espera a que vengan a recoger el cuestionario. Como podrás observar, se introducirá en un sobre con todos los demás, para que queden garantizados el anonimato y la confidencialidad de tus respuestas.**