

# ESTUDES 2016

## Cuestionario

**NO CUMPLIMENTAR. A RELLENAR POR EL ENCUESTADOR**

Número de cuestionario en el aula encuestada / \_\_\_ / \_\_\_ /

## Presentación

Este cuestionario forma parte de una encuesta para conocer las conductas y actitudes del alumnado sobre el consumo de drogas y otros temas, en el que participan el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 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 a 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. Tu cuestionario se mezclará con los de muchos otros estudiantes, de forma que ni el profesorado, 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 centro educativo.

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 el alumnado 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 las personas que te han 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. Debes 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	<input type="checkbox"/> 1
De 1 a 3 noches al mes	<input type="checkbox"/> 2
1 noche a la semana	<input checked="" type="checkbox"/> 3
2 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 4
3-4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 5
Más de 4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 6
Nunca	<input type="checkbox"/> 7



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	<input checked="" type="checkbox"/> 1
De 1 a 3 noches al mes	<input type="checkbox"/> 2
1 noche a la semana	<input checked="" type="checkbox"/> 3
2 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 4
3-4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 5
Más de 4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 6
Nunca	<input type="checkbox"/> 7

**Respuesta incorrecta**



**Respuesta correcta**

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

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

	¿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 mas	<input checked="" 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 debes marcar con una "X" una única respuesta en cada fila (→) de cuadritos. Así en el ejemplo siguiente debes marcar en total tres "X".**

¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, HACHÍS/MARIHUANA O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS A LA ÚLTIMA PELEA O AGRESIÓN FÍSICA EN QUE TE HAS VISTO IMPLICADO? Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total debes poner 3 "X" porque hay 3 filas de cuadritos.

	Sí	No
Alcohol (bebidas alcohólicas)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís/ marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo o en base	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0

**d) Preguntas que exigen una respuesta numérica, en las que debes anotar un número sobre la línea.**

¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE UNA BEBIDA ALCOHÓLICA? NO INCLUYAS SORBOS O PROBAR DE LA BEBIDA DE OTRAS PERSONAS. Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: 18 AÑOS

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

¿EN QUE MUNICIPIO (CIUDAD O PUEBLO) HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Oviedo

**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 comenzamos con las preguntas

### Características básicas relacionadas contigo o con tu entorno

**P1. INDICA, POR FAVOR, SI ERES HOMBRE O MUJER**

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

**P2. ¿EN QUÉ MES Y EN QUÉ AÑO NACISTE?** Anota el mes en número. Por ejemplo: Si naciste en enero anota 01; si fue en febrero 02,...)

MES    |\_||\_||                      AÑO    |\_||\_||\_||\_||

**P3. ¿EN QUE PAÍS NACISTE?**

- España .....  1
- Otro país .....  2 → **P3A. ¿QUÉ PAÍS?**

Ecuador	<input type="checkbox"/> 63	Venezuela	<input type="checkbox"/> 245
Colombia	<input type="checkbox"/> 50	Bolivia	<input type="checkbox"/> 32
Perú	<input type="checkbox"/> 184	Rep. Dominicana	<input type="checkbox"/> 194
Argentina	<input type="checkbox"/> 14	Rumanía	<input type="checkbox"/> 196
Otro: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(Escribe el nombre del país)			

**No escribir en los cuadrillos sombreados**

**P4. ¿EN QUÉ PAÍS NACIÓ TU MADRE?**

- España .....  1
- Otro país .....  2 → **P4A. ¿QUÉ PAÍS?**
- No sabes .....  9

Ecuador	<input type="checkbox"/> 63	Venezuela	<input type="checkbox"/> 245
Colombia	<input type="checkbox"/> 50	Bolivia	<input type="checkbox"/> 32
Perú	<input type="checkbox"/> 184	Rep. Dominicana	<input type="checkbox"/> 194
Argentina	<input type="checkbox"/> 14	Rumanía	<input type="checkbox"/> 196
Otro: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(Escribe el nombre del país)			

**No escribir en los cuadrillos sombreados**

**P5. ¿EN QUÉ PAÍS NACIÓ TU PADRE?**

- España .....  1
- Otro país .....  2 → **P5A. ¿QUÉ PAÍS?**
- No sabes .....  9

Ecuador	<input type="checkbox"/> 63	Venezuela	<input type="checkbox"/> 245
Colombia	<input type="checkbox"/> 50	Bolivia	<input type="checkbox"/> 32
Perú	<input type="checkbox"/> 184	Rep. Dominicana	<input type="checkbox"/> 194
Argentina	<input type="checkbox"/> 14	Rumanía	<input type="checkbox"/> 196
Otro: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(Escribe el nombre del país)			

**No escribir en los cuadrillos sombreados**

**P6. ¿EN QUÉ MUNICIPIO (CIUDAD O PUEBLO) HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

Escribe sobre la línea o marca el recuadro.



\_\_\_\_\_

En el mismo municipio al que pertenece este centro educativo	<input type="checkbox"/> 1
--	----------------------------

**P7. ¿EN QUÉ PROVINCIA ESTÁ ESE MUNICIPIO (CIUDAD O PUEBLO)?** Escribe sobre la línea o marca el recuadro.



\_\_\_\_\_

En la misma provincia a la que pertenece este centro educativo	<input type="checkbox"/> 1
--	----------------------------

**P8. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN LABORAL DE TU MADRE Y DE TU PADRE?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadrillos.

	MADRE	PADRE
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	<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

**P9. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ TU MADRE Y TU PADRE?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadrillos.

	MADRE	PADRE
Sin estudios o estudios primarios sin terminar (menos de 6 años de cursos terminados)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Primarios completos, 6° EGB completo, certificado escolar, 6 años de cursos terminados	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
1° o 2° de la ESO, 8° de EGB, Graduado Escolar, Formación profesional de primer grado, 4 años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
3° o 4° de la ESO, Bachillerato, BUP, COU, 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, grado, master)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**P10. ¿USAS LA TABLET O IPAD EN TU CENTRO ESCOLAR COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO, PARA DAR TUS ASIGNATURAS EN LUGAR DE USAR LIBROS?**

Sí, en prácticamente <b>todas</b> las asignaturas	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero <b>sólo</b> en algunas asignaturas	<input type="checkbox"/> 2
No	<input type="checkbox"/> 0

**P11. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿HAS FALTADO ALGUNA VEZ A CLASE PORQUE NO TE APETECÍA IR (HACER PELLAS)?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P12. ¿QUÉ NOTAS SACAS HABITUALMENTE?** Marca la casilla que creas que más se aproxima a tu nota media global de todas las asignaturas. Señala sólo una casilla.

Sobresaliente (9 o 10)	<input type="checkbox"/> 1
Notable (7 u 8)	<input type="checkbox"/> 2
Bien (6)	<input type="checkbox"/> 3
Aprobado (5)	<input type="checkbox"/> 4
Suspenso (0 a 4)	<input type="checkbox"/> 5

**P13. ¿HAS REPETIDO CURSO ALGUNA VEZ?**

Sí, 1 curso	<input type="checkbox"/> 1
Sí, 2 o más cursos	<input type="checkbox"/> 2
No	<input type="checkbox"/> 0

**P14. ¿ACTUALMENTE DE CUÁNTO DINERO DISPONES A LA SEMANA PARA TUS GASTOS PERSONALES?** Anota el número de euros, situando la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.

|\_\_|\_\_|\_\_| Euros (€)

## Actividades que puedes realizar en tu tiempo libre

**P15. 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	<input type="checkbox"/> 1
De 1 a 3 noches al mes	<input type="checkbox"/> 2
1 noche a la semana	<input type="checkbox"/> 3
2 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 4
3-4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 5
Más de 4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 6
Nunca	<input type="checkbox"/> 7

**P16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, 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	<input type="checkbox"/> 1
Entre las 12 y la 1 de la noche	<input type="checkbox"/> 2
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 3
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 4
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	<input type="checkbox"/> 6
Después de las 8 de la mañana	<input type="checkbox"/> 7
No he salido por las noches en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8

**P17. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON CUÁNTA FRECUENCIA HACES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?** (En las preguntas relativas a internet no tengas en cuenta el tiempo que empleas en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indica aquí el tiempo que empleas en internet por diversión). Marca una casilla por línea, si nunca has hecho esa actividad marca la casilla de "nunca".

	Nunca	De 1 a 3 días al año	De 1 a 3 días al mes	De 1 a 4 días por semana	De 5 a 7 días por semana
Practico algún <b>deporte</b> , atletismo, hago ejercicio.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Leo libros</b> como diversión (sin tener en cuenta los libros del colegio)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Salgo con amigos por las noches</b> a una discoteca, bar, fiesta, café...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Salgo con amigos por las tardes</b> de compras, a dar un paseo, voy a un parque para pasar el rato.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Otros hobbies ( <b>toco un instrumento</b> , canto, pinto, escribo...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juego <b>dinero fuera de internet</b> en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino (ruleta, cartas, poker, dados, blackjack, bridge, dados...), bingos, apuestas en deportes (fútbol, caballos)...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juego <b>dinero en internet</b> en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino (ruleta, cartas, poker, dados, blackjack, bridge, dados...), bingos, apuestas en deportes (fútbol, caballos)...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Uso <b>WhatsApp, Email</b> (Gmail, etc.), MSN	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Uso las <b>redes sociales</b> (Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, Tuenti, Pinterest, LinkedIn, Snapchat, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet escucho o me descargo <b>música</b> , veo o me descargo vídeos musicales, <b>películas, series</b> , etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet participo en <b>juegos de realidad virtual</b> (estrategias de guerra, juegos en primera persona, World of Warcraft, Call of Duty, Grand Theft Auto, MMO, MMORPG, Pokemon GO, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet juego a <b>juegos de habilidad</b> (Candy crush, Angry birds, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet visito <b>páginas sólo para adultos</b> (de violencia, sexo, etc.).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet <b>compro</b> ropa, juegos, libros, etc. (Amazon, Ebay, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**P18. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿LOS DÍAS QUE HAS REALIZADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CUÁNTO TIEMPO LE HAS DEDICADO DE MEDIA?** (En las preguntas relativas a internet no tengas en cuenta el tiempo que empleas en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indica aquí el tiempo que empleas en internet por diversión). Marca una casilla por línea, si nunca has hecho esa actividad marca la casilla de "No lo he hecho".

	No lo he hecho	Media hora o menos al día	Alrededor de 1 hora al día	De 2 a 3 horas al día	4 horas al día o más
Practico algún <b>deporte</b> , atletismo, hago ejercicio.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Salgo con amigos por las tardes</b> de compras, a dar un paseo, voy a un parque para pasar el rato.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juego <b>dinero fuera de internet</b> en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino (ruleta, cartas, poker, dados, blackjack, bridge, dados...), bingos, apuestas en deportes (fútbol, caballos)...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juego <b>dinero en internet</b> en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino (ruleta, cartas, poker, dados, blackjack, bridge, dados...), bingos, apuestas en deportes (fútbol, caballos)...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Uso <b>WhatsApp, Email</b> (Gmail, etc.), MSN	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Uso las <b>redes sociales</b> (Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, Tuenti, Pinterest, LinkedIn, Snapchat, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet escucho o me descargo <b>música</b> , veo o me descargo vídeos musicales, <b>películas, series</b> , etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet participo en <b>juegos de realidad virtual</b> (estrategias de guerra, juegos en primera persona, World of Warcraft, Call of Duty, Grand Theft Auto, MMO, MMORPG, Pokemon GO, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet juego a <b>juegos de habilidad</b> (Candy crush, Angry birds, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A través de internet visito <b>páginas sólo para adultos</b> (de violencia, sexo, etc.).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Algunas de las siguientes preguntas te parecerán similares, pero te pedimos que las contestes todas porque forman parte de cuestionarios internacionales y debemos analizarlas conjuntamente

P19. POR FAVOR, LEE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES RESPECTO AL USO DE **INTERNET** (chateando, mandando o recibiendo e-mails, whatsApps, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándote música, viendo o descargándote videos...). INDICA CADA CUANTO TIEMPO TE OCURREN LAS SIGUIENTES SITUACIONES. (No tengas en cuenta el tiempo que empleas en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indica aquí el tiempo que empleas en internet por diversión). Marca una casilla por línea.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Con qué frecuencia te ha resultado difícil <b>dejar de usar internet</b> cuando estabas conectado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia has <b>seguido conectado</b> a internet a pesar de querer parar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia tus padres, o amigos te dicen que <b>deberías pasar menos tiempo</b> en internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia <b>prefieres conectarte</b> a internet <b>en vez de pasar el tiempo con otros</b> (padres, amigos...)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia <b>duermes menos</b> por estar conectado a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia te encuentras <b>pensando en internet</b> , aunque no estés conectado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia estás <b>deseando conectarte</b> a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia piensas que <b>deberías usar menos</b> internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia has <b>intentado pasar menos tiempo</b> conectado a internet y no lo has conseguido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia intentas <b>terminar tu trabajo a toda prisa</b> para conectarte a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia <b>descuidas tus obligaciones</b> (deberes, estar con la familia...) porque prefieres conectarte a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia te conectas a internet <b>cuando estas "de bajón"</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia te conectas a internet <b>para olvidar tus penas</b> o sentimientos negativos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia te sientes <b>inquieto, frustrado o irritado si no puedes usar internet</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Con qué frecuencia te has sentido acosado, amenazado o crees que te han hecho <b>bullying</b> a través de internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## Tabaco

P20. ¿HAS FUMADO CIGARRILLOS ALGUNA VEZ **EN TU VIDA**? No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P21. ¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO FUMASTE UN CIGARRILLO POR PRIMERA VEZ? NO INCLUYAS DAR UNAS CALADAS AL CIGARRILLO DE OTRAS PERSONAS.** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------------	----------------------------

**P22. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE FUMASTE UN CIGARRILLO?**

Hace menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco	<input type="checkbox"/> 0

**P23. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P24. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

Menos de un día a la semana	<input type="checkbox"/> 1
Algún día a la semana, pero no diariamente	<input type="checkbox"/> 2
Diariamente	<input type="checkbox"/> 3
Nunca	<input type="checkbox"/> 0

**P25. ¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO EMPEZASTE A FUMAR CIGARRILLOS DIARIAMENTE?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he fumado cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 2

**P26. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DÍA, POR TERMINO MEDIO?**

|\_\_|\_\_| CIGARRILLOS

No fumo cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 1
No he fumado cigarrillos nunca	<input type="checkbox"/> 2

**P27. ¿TE HAS PLANTEADO ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?**

Sí y lo he intentado	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no lo he intentado	<input type="checkbox"/> 2
No me lo he planteado	<input type="checkbox"/> 3
No fumo	<input type="checkbox"/> 0



**P28. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SI HAS FUMADO CIGARRILLOS, ¿QUÉ TIPO DE CIGARRILLOS HAS FUMADO?**

Cigarrillos de cajetilla	<input type="checkbox"/> 1
Tabaco de liar	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he fumado en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 4
Nunca he fumado en mi vida	<input type="checkbox"/> 5

**P29. ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA FUMA DIARIAMENTE?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Vivo solo	<input type="checkbox"/> 2
Vivo en un centro educativo, colegio mayor, institución, residencia de estudiantes...	<input type="checkbox"/> 3

**P30. 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 debes poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos. Si en la categoría "otros familiares" unos fuman y otros 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
Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Vivo solo				<input type="checkbox"/> 1
Vivo en un centro educativo, colegio mayor, institución, residencia de estudiantes...				<input type="checkbox"/> 1

**P31. INDICA SI HAS VISTO FUMAR TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS A PROFESORES/AS, ESTUDIANTES, U OTRAS PERSONAS DENTRO DEL RECINTO DEL CENTRO EDUCATIVO.** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes 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.

	SÍ	NO
Profesores del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Estudiantes del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Otras personas del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P32. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA HAS FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS, (VAPEAR)?** No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo electrónico de otra persona.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P33. SI HAS FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (VAPEAR), ¿QUÉ TIPO DE CARTUCHO O LÍQUIDO EMPLEAS PARA RECARGAR TU CIGARRILLO ELECTRÓNICO?** No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo electrónico de otra persona.

Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	<input type="checkbox"/> 1
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he fumado cigarrillos electrónicos nunca	<input type="checkbox"/> 4

## Bebidas alcohólicas (vino, cerveza, sidra, champán o cava, vermú, licores, cubatas, ...)

**P34. ¿HAS TOMADO ALGUNA VEZ EN TU VIDA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?** Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P35. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE UNA BEBIDA ALCOHÓLICA? NO INCLUYAS SORBOS O PROBAR DE LA BEBIDA DE OTRAS PERSONAS.** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
---------------------------------------	----------------------------

**P36. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE UNA BEBIDA ALCOHÓLICA?**

Hace menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 3

**P37. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes 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

Las siguientes preguntas se refieren sólo a los últimos 30 días

**P38. ¿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 debes poner seis "X", porque hay seis columnas de cuadrillos.

	Vino/ Champán o Cava	Cerveza/ Sidra	Vermú/ jerez/fino	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
6-9 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
No he consumido nunca este tipo de bebidas	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

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

	Vino/ Champán o Cava	Cerveza/ Sidra	Vermú/ jerez/fino	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
No he consumido nunca este tipo de bebidas	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**P39. 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 debes anotar 12 respuestas numéricas.

		<b>Nº DE VASOS EN UN DÍA LABORABLE</b> (lunes o martes o miércoles o jueves)	<b>Nº DE VASOS DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO</b> (viernes + sábado + domingo)
Nº de vasos o copas de vino/champán o cava (1 litro = 10 vasos/copas)		_ _	_ _
Nº de vasos, cañas o quintos de cerveza/sidra (1 litro = 5 cañas/quintos)		_ _	_ _
Nº de vasos o copas de vermú/ jerez/ fino (1 litro = 14 vasos/copas)		_ _	_ _
Nº de vasos de combinados o cubatas (1 litro = 4 cubatas)		_ _	_ _
Nº de copas de licores de frutas solos (pacharán, manzana) (1 litro = 20 copas)		_ _	_ _
Nº de copas licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky) (1 litro = 20 copas)		_ _	_ _

No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/> 2

**P40. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE EMPEZASTE A TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS PRACTICAMENTE TODAS LAS SEMANAS?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he tomado bebidas alcohólicas todas las semanas	<input type="checkbox"/> 2

**P41. PENSANDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS.** Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.

Bares o pubs	<input type="checkbox"/> 1
Discotecas	<input type="checkbox"/> 1
Hipermercados	<input type="checkbox"/> 1
Supermercados	<input type="checkbox"/> 1
Tiendas de barrio, "chinos", quioscos, bodegas	<input type="checkbox"/> 1
Casa donde vives	<input type="checkbox"/> 1
Casa de otras personas	<input type="checkbox"/> 1
Venta ambulante	<input type="checkbox"/> 1
Internet o venta telefónica (pedidos a domicilio)	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 1

**P42. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR CÓMO HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.

Tú directamente	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas menores de 18 años	<input type="checkbox"/> 1
De otra forma	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 1

**P43. SIGUIENDO CON LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS.** Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.

Bares o pubs	<input type="checkbox"/> 1
Discotecas	<input type="checkbox"/> 1
Restaurantes	<input type="checkbox"/> 1
Casa donde vives, incluyendo todo el recinto	<input type="checkbox"/> 1
Casa de otras personas, incluyendo todo el recinto	<input type="checkbox"/> 1
En calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos	<input type="checkbox"/> 1
Otros sitios	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 1

**P44. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS 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 2 HORAS.** Si bebiste de recipientes distintos a vasos, cañas o copas, calcula el número de estas unidades a partir de la información de la P39.

1 día	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6
20 días o más	<input type="checkbox"/> 7
Ningún día (0 días)	<input type="checkbox"/> 0

**P45. ¿HAS TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS BEBIDAS ENERGÉTICAS (Red Bull, Burn, Monster...)?** Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P46. ¿HAS TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS BEBIDAS ENERGÉTICAS (Red Bull, Burn, Monster...) MEZCLADAS CON BEBIDAS ALCOHÓLICAS?** Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

## Las siguientes preguntas son también sobre bebidas alcohólicas

**P47. ¿CUÁNTOS DÍAS TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos: En tu vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

	¿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

**P48. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TE EMBORRACHASTE?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
Nunca me he emborrachado	<input type="checkbox"/> 2






**P49. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS HECHO "BOTELLÓN"?**

Dos o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 1
3 o 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2
1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3
Menos de 1 vez al mes (Entre 4 y 11 veces al año)	<input type="checkbox"/> 4
De 1 a 3 veces al año	<input type="checkbox"/> 5
No he hecho botellón en el último año	<input type="checkbox"/> 6
Nunca he hecho botellón	<input type="checkbox"/> 7








**P50. ¿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 debes poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadrillos.

	Madre	Padre
No ha bebido ningún día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ha bebido algún día aislado	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ha bebido solo los fines de semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No lo sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**P51. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS CONSUMIDO CINCO UNIDADES DE ALCOHOL O MÁS EN LA MISMA OCASIÓN?** Muchas veces una unidad de alcohol no corresponde con una bebida alcohólica. Puedes hacer el cálculo tu mismo teniendo en cuenta que:

	1 caña o quinto de cerveza = 1 unidad de alcohol		1 lata de cerveza = 1,5 unidades de alcohol
	1 cubata = 2 unidades de alcohol		1 chupito = 1 unidad de alcohol
			1 vaso de vino/sangría = 1 unidad de alcohol

**A CONTINUACIÓN TE MOSTRAMOS EJEMPLOS DE LO QUE SE CORRESPONDE CON 5 UNIDADES DE ALCOHOL O MAYOR CANTIDAD.**

	5 quintos o cañas de cerveza
	2 latas de cerveza y 2 cañas o quintos de cerveza
	3 latas de cerveza
	3 cañas o quintos de cerveza y 1 combinado cubata/vaso de whisky, ron, ginebra, etc.
	2 chupitos y 1 caña o quinto de cerveza y 1 combinado cubata/vaso de whisky, ron, ginebra, etc.
	1 caña de cerveza y 2 combinados/cubatas/vasos de whisky, ron, ginebra, etc.
	3 combinados/cubatas/vasos de whisky, ron, ginebra, etc.

**SEÑALA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS LA FRECUENCIA CON LA QUE HAS CONSUMIDO EN UNA OCASIÓN ALGUNA DE ESTAS COMBINACIONES O PARECIDAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O MAYOR CANTIDAD**

Entre 1 – 3 días	<input type="checkbox"/> 1
Entre 4 – 9 días	<input type="checkbox"/> 2
Entre 10 – 19 días	<input type="checkbox"/> 3
Entre 20 – 29 días	<input type="checkbox"/> 4
30 días	<input type="checkbox"/> 5
No he consumido 5 unidades de alcohol o más en la misma ocasión en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 6
No he consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 7
Nunca he consumido bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 8

**P52. ¿CUÁNTAS HORAS SUELES TARDAR EN CONSUMIR LAS CINCO UNIDADES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS QUE SE HAN INDICADO ANTERIORMENTE?** Marca la hora más cercana

Menos de una hora	<input type="checkbox"/> 1
1-2 horas	<input type="checkbox"/> 2
3-4 horas	<input type="checkbox"/> 3
5-6 horas	<input type="checkbox"/> 4
7-8 horas	<input type="checkbox"/> 5
9 horas o más	<input type="checkbox"/> 6
No lo he hecho en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 7

## Tranquilizantes/ sedantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y somníferos (pastillas para dormir)

**Incluye:** Hipnóticos, benzos, frankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, lexatin, orfidal, noctamid, benzodicepinas, zolpidem, stilnox, etc.

**No incluye:** Valeriana, passiflora, dormidina, melatonina.

**P53. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES/SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) O SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner 4 "X", porque hay 4 columnas. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>TRANQUILIZANTES/ SEDANTES</b> (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) <b>o</b> <b>SOMNÍFEROS</b> (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

## Tranquilizantes/ sedantes sin receta (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y somníferos sin receta (pastillas para dormir)

A continuación las siguientes preguntas se refieren a las mismas pastillas cuando se han obtenido **SIN RECETA MÉDICA**, es decir:

- El médico se lo ha **recetado a otra persona de la familia** y tú los tomas de vez en cuando
- El médico te lo recetó en alguna ocasión pero lo **has seguido tomando sin control por tu médico**
- Los **has conseguido por otros medios** distintos a la receta médica

**P54. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES/SEDANTES SIN RECETA (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) O SOMNÍFEROS SIN RECETA (pastillas para dormir)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner 4 "X", porque hay 4 columnas. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>TRANQUILIZANTES/ SEDANTES <u>SIN RECETA</u></b> (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) <b>o</b> <b>SOMNÍFEROS <u>SIN RECETA</u></b> (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—



## Otros tipos de drogas

- **HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)
- **COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)
- **BASE** (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)
- **ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** (como pastis, pirulas o como cristal)
- **ANFETAMINAS O SPEED** (metanfetamina, anfetam, ice)
- **ALUCINÓGENOS** (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)
- **HEROÍNA** (caballo, jaco)
- **INHALABLES VOLÁTILES** (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)
- **GHB** (gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH, éxtasis líquido)

## HACHÍS O MARIHUANA

(cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)

**P55. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes 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

**P56. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿CUÁNTOS PORROS HAS FUMADO EN EL MISMO DÍA POR TÉRMINO MEDIO?** No consideres que fumaste porros si lo único que hiciste fue dar unas caladas al porro de otra persona.

|\_\_|\_\_| PORROS

No he consumido porros en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido porros	<input type="checkbox"/> 2

**P57. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 1
---------------------------------------	----------------------------

**P58. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA?**

Hace menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 3

**P59. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿QUÉ HAS FUMADO?**

Principalmente marihuana (hierba)	<input type="checkbox"/> 1
Principalmente hachís (resina, chocolate)	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 4
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 5

**P60. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿CÓMO LO HAS CONSUMIDO?**  
Puedes marcar más de una opción.

En forma de porro o canuto	<input type="checkbox"/> 1
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas,	<input type="checkbox"/> 1
Usando cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> 1
Por vía oral a través de pasteles, galletas, chupitos	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 1

**P61. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, LO HAS MEZCLADO CON TABACO?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 4

**P62. SI FUESE LEGAL EL CONSUMO DE HACHÍS O MARIHUANA, ¿LO PROBARÍAS?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Ya lo he probado	<input type="checkbox"/> 2

Por favor, contesta a las siguientes preguntas P63 y P64 **sólo** si has consumido **HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) **en los últimos 12 meses**

**Algunas de las siguientes preguntas te parecerán similares, pero has de contestarlas todas porque forman parte de cuestionarios internacionales y debemos analizarlas conjuntamente**

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 12 meses → **Pasa a la pregunta P65**

**P63. ¿CON QUÉ FRECUENCIA 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 debes poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿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
¿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
¿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
¿Te han dicho <u>los amigos o miembros</u> de tu familia 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
¿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
¿Has tenido <u>problemas</u> debido a tu consumo 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

**P64. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HAS INICIADO ALGÚN TRATAMIENTO PARA DEJAR O REDUCIR EL CONSUMO DE HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

## OTROS TIPOS DE DROGAS

**P65. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes 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	<input type="checkbox"/> 8
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**P66. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE COCAÍNA EN POLVO?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------------------	----------------------------

**P67. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE COCAÍNA EN POLVO?**

Hace menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 3

**P68. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes 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

**P69. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?** Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido base	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------	----------------------------

**P70. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?**

Hace menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he consumido base	<input type="checkbox"/> 3

**P71. INDICA SI HAS CONSUMIDO ÉXTASIS (pastis, pirulas, cristal) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ÉXTASIS</b> (pastis, pirulas, cristal)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

**P72. INDICA SI HAS CONSUMIDO ANFETAMINAS O SPEED (anfetetas, metanfetamina, ice) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ANFETAMINAS O SPEED</b> (anfetetas, metanfetamina, ice)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

**P73. INDICA SI HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ALUCINÓGENOS</b> (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

**P74. INDICA SI HAS CONSUMIDO HEROÍNA (caballo, jaco) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>HEROÍNA</b> (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

**P75. INDICA SI HAS CONSUMIDO INHALABLES VOLÁTILES (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>INHALABLES VOLÁTILES</b> (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

**P76. INDICA SI HAS CONSUMIDO GHB (gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH, éxtasis líquido) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>GHB</b> (gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH, éxtasis líquido)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	—

**P77. INDICA SI HAS CONSUMIDO METANFETAMINA (meth, ice, cristal) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>METANFETAMINA</b> (meth, ice, cristal)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

**P78. INDICA SI HAS CONSUMIDO SETAS MÁGICAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>SETAS MÁGICAS</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

**P79. INDICA SI HAS CONSUMIDO ESTEROIDES ANABOLIZANTES ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ESTEROIDES ANABOLIZANTES</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

**P80. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CANNABIS (también llamado hachís o marihuana) SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P81. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y COCAÍNA EN POLVO O EN BASE SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P82. 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 cuadríto de cada fila. En total debes poner 16 "X" porque hay 16 filas de cuadrítos.

	Todos o la mayoría	Algunos	Ninguno
Fumar <b>tabaco</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Tomar <b>bebidas alcohólicas</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>Emborracharse</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>Hacer botellón</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>hachís / marihuana</b> (cannabis)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Tomar <b>tranquilizantes/sedantes o somníferos</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>cocaína en polvo</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>base</b> (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>éxtasis</b> (pastis, pirulas, cristal)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>anfetaminas o speed</b> (metanfetamina, anfetás, ice)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>alucinógenos</b> (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>heroína</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>inhales volátiles</b> (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>GHB</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>Inyectarse drogas</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Consumir <b>sustancias estimulantes por su cuenta, sin que se las haya recetado un médico</b> , con el fin de <b>mejorar su rendimiento en el estudio</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Las siguientes preguntas se refieren al consumo por tu cuenta, sin que te lo haya recetado un médico, de algún **producto o sustancia estimulante con el fin de mejorar tu rendimiento en el estudio**

**P83. ALGUNA VEZ EN LA VIDA ¿HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LO HAYA RECETADO UN MÉDICO, ALGÚN PRODUCTO O SUSTANCIA ESTIMULANTE CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO?** Por ejemplo, para no dormirte y poder estudiar toda la noche, o para estudiar más rápido. Contesta "NO" si lo único que has consumido son refrescos de cola, café o té.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P84. INDICA CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS O SUSTANCIAS ESTIMULANTES HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LOS HAYA RECETADO UN MÉDICO, CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO. Por ejemplo para no dormirte y poder estudiar toda la noche, o para estudiar más rápido.** Marca una o varias opciones.

<b>Metilfenidato</b> (Concerta, Rubifen, Medikinet, Equasym, Medicebran, Ritalín)	<input type="checkbox"/> 1
<b>Piracetam</b> (Nootropil, Ciclofalina, Anacervix), <b>Aniracetam</b>	<input type="checkbox"/> 1
<b>Modafinilo</b> (Modiodal, Provigil)	<input type="checkbox"/> 1
<b>Donepezilo</b> (Aricept, Donebrain)	<input type="checkbox"/> 1
<b>Durbitan</b>	<input type="checkbox"/> 1
<b>Elvanse, Adderall</b>	<input type="checkbox"/> 1
<b>Complejos vitamínicos</b> (Berocca, Memovit, Pharmaton, Supradyn...)	<input type="checkbox"/> 1
<b>Productos que contienen:</b> Ginkgo Biloba, Guaraná, Ácidos grasos Omega 3, Jalea real, Acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina, ...	<input type="checkbox"/> 1
<b>Anfetaminas o speed</b> (anfetam, metanfetamina, ice)	<input type="checkbox"/> 1
<b>Cocaína</b>	<input type="checkbox"/> 1
<b>Bebidas energéticas</b> (Red Bull, Burn, Monster...)	<input type="checkbox"/> 1
Otras. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> 1

**P85. SI HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LO HAYA RECETADO UN MÉDICO, ALGÚN PRODUCTO O SUSTANCIA ESTIMULANTE, CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO ¿DÓNDE CONSEGUISTE ESTE TIPO DE SUSTANCIAS?** Puede marcar una o varias opciones.

Me las ofreció un <b>familiar/amigo/conocido</b>	<input type="checkbox"/> 1
A través de un <b>vendedor</b> (camello)	<input type="checkbox"/> 1
A través de <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> 1
En la <b>farmacia sin receta</b> médica	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> 1

## Nuevas sustancias

**P86. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRAN DISPONIBLES NUEVAS SUSTANCIAS QUE IMITAN EL EFECTO DE DROGAS ILEGALES COMO CANNABIS, COCAÍNA, ÉXTASIS... ESTAS NUEVAS SUSTANCIAS (keta, spice, marihuana sintética, miao miao, flakka, Superman...) SE PUEDEN PRESENTAR EN FORMA DE HIERBAS, PASTILLAS, POLVOS, LÍQUIDOS, INCIENSOS, ETC. CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFERENTES A ESTAS NUEVAS SUSTANCIAS.**

¿Has oído hablar de estas nuevas sustancias?		¿Las has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Las has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Las has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1



**P87. ¿DÓNDE CONSEGUISTE O TE OFRECIERON ESTE TIPO DE SUSTANCIAS, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** Puede marcar una o varias opciones.

Me la ofreció un <b>familiar/amigo/conocido</b>	<input type="checkbox"/> 1
Las compré en una <b>tienda especializada</b> (Smart shop o head shop)	<input type="checkbox"/> 1
A través de un <b>vendedor</b> (camello)	<input type="checkbox"/> 1
A través de <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> 1
Me la ofrecieron en una <b>fiesta</b> , en un pub, en un bar	<input type="checkbox"/> 1
Otros sitios. Indica cuáles son: _____	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> 1

**P88. PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, INDICA SI TU LAS HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Para cada una de las sustancias, pon una "X" en un cuadrado bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<b>KETAMINA</b> (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>SPICE</b> (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>MEFEDRONA</b> (también llamada miao-miao, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>SALVIA</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>OTRAS</b> (especificar) (_____)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

**P89. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD O DE OTRO TIPO QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.**

Con "**alguna vez**" queremos decir "una vez al mes o menos frecuentemente".

Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 4 "X" porque hay 4 filas de cuadrillos.

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes	Nunca he oído hablar de esta droga
Consumir <b>KETAMINA</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir <b>SPICE</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir <b>MEFEDRONA</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir <b>SALVIA</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

**P90. ¿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 debes poner 4 "X" porque hay 4 filas de cuadrillos.

	Difícil o Prácticamente imposible	Relativamente fácil o muy fácil	No sabes	Nunca he oído hablar de esta droga
<b>KETAMINA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
<b>SPICE</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
<b>MEFEDRONA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
<b>SALVIA</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

# Preguntas sobre problemas que has podido tener en los últimos 12 meses

**P91. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES?** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 12 "X" porque hay 12 filas de cuadrillos.

	SI	NO
He <b>conducido un vehículo</b> de motor bajo los efectos del <u>ALCOHOL</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He <b>conducido un vehículo</b> de motor bajo los efectos de <u>HACHÍS O MARIHUANA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He <b>conducido un vehículo</b> de motor bajo los efectos de <u>COCAÍNA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He <b>viajado como pasajero</b> de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del <u>ALCOHOL</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He <b>viajado como pasajero</b> de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de <u>HACHÍS O MARIHUANA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He <b>viajado como pasajero</b> de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de <u>COCAÍNA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un <b>accidente de tráfico</b> siendo yo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un <b>accidente de tráfico</b> siendo yo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor y habiendo consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS en las <b>2 horas previas al accidente</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un <b>accidente de tráfico</b> siendo yo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor y habiendo consumido HACHÍS/MARIHUANA en las <b>2 horas previas al accidente</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He participado en alguna <b>pelea</b> o he sufrido o realizado alguna <b>agresión física</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He participado en alguna <b>pelea</b> o he sufrido o realizado alguna <b>agresión física</b> habiendo consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS en las <b>2 horas previas a la pelea o agresión física</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He participado en alguna <b>pelea</b> o he sufrido o realizado alguna <b>agresión física</b> habiendo consumido HACHÍS/MARIHUANA en las <b>2 horas previas a la pelea o agresión física</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P92. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES?** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 8 "X" porque hay 8 filas de cuadrillos.

	Sí	No
He tenido un <b>conflicto o discusión</b> importante con padres o hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
No he podido <b>recordar</b> lo que sucedió la noche anterior después de haber salido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido dificultad para <b>concentrarme</b> en el colegio al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sido <b>expulsado</b> del centro educativo durante un día completo o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido <b>resaca</b> al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido <b>relaciones sexuales</b> de las que me he <b>arrepentido</b> al día siguiente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido <b>relaciones sexuales sin preservativo</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido <b>bullying</b> (acoso) a través de internet o por otros medios (acoso directo o indirecto físico, verbal, psicológico, sexual o social)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**P93. SI QUISIERAS FUMAR TABACO, TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS O CONSUMIR HACHÍS O MARIHUANA (CANNABIS) ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA FUMES TABACO, TOMES BEBIDAS ALCOHÓLICAS O HAYAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (CANNABIS), ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES?** Pon dos "X" en cada fila; en total debes poner seis "X", porque hay tres filas.

	Madre			Padre		
	Sí me lo permitiría (o me lo permite)	No me lo permitiría (o no me lo permite)	No sé	Sí me lo permitiría (o me lo permite)	No me lo permitiría (o no me lo permite)	No sé
Fumar <b>TABACO</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
Tomar <b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>HACHÍS O MARIHUANA (CANNABIS)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

**P94. ¿CÓMO SON LAS RELACIONES QUE MANTIENES CON TUS PADRES?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.

	Madre	Padre
Bastante malas o muy malas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Regulares	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Bastante buenas o muy buenas	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
No tengo madre/padre	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

**P95. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE APLICAN A TI LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?** Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total debes poner seis "X" porque hay seis filas de cuadritos.

	Siempre o casi siempre	Algunas veces, raramente o nunca
Mis padres fijan las <b>normas</b> claras sobre lo que puedo hacer <b>en casa</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mis padres fijan <b>normas</b> claras sobre lo que puedo hacer <b>fuera de casa</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mis padres saben <b>con quién estoy</b> cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Mis padres saben <b>dónde estoy</b> cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Puedo fácilmente <b>recibir cariño</b> y cuidado de mi <b>madre</b> y/o mi <b>padre</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Puedo fácilmente <b>recibir cariño</b> y cuidado de mi <b>mejor amigo/a</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

**P96. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS (DE SALUD O DE OTRO TIPO) QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 25 "X" porque hay 25 filas de cuadrillos. Con "alguna vez" queremos decir "una vez al mes o menos frecuentemente". Con "habitualmente" queremos decir aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente.

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes
Fumar un <b>paquete de tabaco</b> diario	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar de <b>1 a 5 cigarrillos</b> diarios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>cigarrillos electrónicos</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomarse <b>5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas</b> el fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomar <b>1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas</b> cada día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomar <b>5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas</b> cada día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>tranquilizantes/sedantes o somníferos</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>hachís/marihuana</b> (cannabis) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>hachís/marihuana</b> (cannabis) habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>cocaína en polvo</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>cocaína en polvo</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>base</b> (cocaína base, crack) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>éxtasis</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>éxtasis</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>anfetaminas o speed</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>anfetaminas o speed</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>alucinógenos</b> (LSD, tripis o setas mágicas) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>alucinógenos</b> (LSD, tripis o setas mágicas) habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>heroína</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>heroína</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>Inyectarse drogas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>GHB</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>metanfetamina</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>setas mágicas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>esteroides anabolizantes</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**P97. ¿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 debes poner 14 "X" porque hay 14 filas de cuadrillos.

	Difícil o prácticamente imposible	Fácil o muy fácil	No sabes
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tranquilizantes / sedantes o somníferos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Hachís/marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Base (cocaína en forma de base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
GHB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Metanfetamina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Setas mágicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Esteroides anabolizantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**P98. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR TODOS LOS MODOS EN QUE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO ALGUNA DE ESTAS DROGAS (cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, y setas mágicas)?** Pon una "X" en uno o varios cuadrillos de cada columna.

	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Éxtasis	Setas mágicas
Obtenida/comprada a través de un <b>familiar/amigo/conocido</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Obtenida/comprada a través de un <b>vendedor</b> (camello)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Obtenida/comprada a través de <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Obtenida/comprada a través de una <b>tienda especializada</b> (smart shop, head shop, herbolario...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Obtenida/comprada en una <b>zona de ocio</b> (festival, concierto, discoteca, bar...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nunca he conseguido esta droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**En las preguntas siguientes recuerda que el término droga también se aplica a tabaco y a alcohol**

**P99. ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL TEMA DE LAS DROGAS?**

Sí, perfectamente	<input type="checkbox"/> 1
Sí, lo suficiente	<input type="checkbox"/> 2
Sólo a medias	<input type="checkbox"/> 3
No, estoy mal informado	<input type="checkbox"/> 4

**P100. ¿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	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P101. INDICA SOBRE QUÉ TEMAS ESPECÍFICOS HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HAN TRATADO EN CLASE** (Puedes marcar una o varias casillas):

Efectos y problemas asociados a <b>drogas legales</b> (tabaco, alcohol, hipnosedantes)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados a <b>drogas ilegales</b> (hachis/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados al <b>mal uso de las nuevas tecnologías</b> (móviles, internet, redes sociales, cyberbullying...)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados al <b>juego on line, apuestas</b>	<input type="checkbox"/> 1
No he recibido información ni se ha tratado en clase ninguno de estos temas	<input type="checkbox"/> 1

**P102. ¿EN TU FAMILIA, HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HA TRATADO EN CASA EL TEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

**P103. PARA CADA UNA DE LAS ACCIONES PARA INTENTAR RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ILEGALES QUE TE VOY A MENCIONAR, DIME SI LA CONSIDERAS NADA, ALGO O MUY IMPORTANTE.** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner diez "X" porque hay diez filas.

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	No sabes
<b>Campañas publicitarias</b> explicando los riesgos de las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Educación</b> sobre las drogas en las escuelas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Tratamiento voluntario</b> a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Tratamiento obligatorio</b> a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Administración médica de metadona</b> a los consumidores de heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Administración médica de heroína</b> a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Control</b> policial y de aduanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Leyes estrictas</b> contra las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Legalización del cannabis</b> (hachís o marihuana)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Legalización de todas las drogas</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## 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.