



CUESTIONARIO AUTOENCHIBLE

ENQUISA SOBRE ALCOHOL E DROGAS EN ESPAÑA 2022

Nº DE RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO DE CUESTIONARIO DE LA RUTA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DISTRITO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE HOGAR EN LA RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE ENTREVISTADOR/A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE CUESTIONARIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALCOHOL

CONSIDÉRESE BEBIDA ALCOHÓLICA CALQUERA TIPO DE SUBSTANCIA QUE CONTEÑA ALCOHOL, ENTRE AS QUE SE INCLÚEN:

- **VIÑO, CHAMPAÑA, CAVA**
- **CERVEXA, SIDRA** (canas, claras...)
- **VERMÚ, XEREZ, FINOS**
- **COMBINADOS ou CUBATAS** (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mesturadas con refrescos, zumes, ... Inclúense os mojitos)
- **LICORES DE FROITAS** (pacharán, licores de mazá, pera, melocotón, melón...)
- **LICORES FORTES ou BEBIDAS DESTILADAS** (coñac, brandy, xenebra, ron, whisky, crema de augardente, crema de ron, tequila, café con licor...)

A1. Indique se vostede consumiu CALQUERA CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA, aínda que fose só unha vez ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE á que as consumiu por PRIMEIRA VEZ. Marque unha casa por cada pregunta.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por primeira vez na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
CONSUMIU CALQUERA CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA	<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	

A1b. Cantos días consumiu BEBIDAS ALCOHÓLICAS nos ÚLTIMOS 30 DÍAS? Marque unha casa.

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> ₁	30 días	<input type="checkbox"/> ₅
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> ₂	Non consumín bebidas alcohólicas nos últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> ₃	Nunca consumín bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> ₉
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> ₄		

A2. Indique se vostede se EMBORRACHOU, aínda que fose só unha vez ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se se emborrachou anote no recadro correspondente a IDADE á que se emborrachou por PRIMEIRA VEZ. Marque unha casa por cada pregunta.

	Emborrachouse ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Emborrachouse nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Emborrachouse nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Emborrachouse A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que se emborrachou por primeira vez na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
EMBORRACHOUSE	<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	

A3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, fixo vostede “BOTELLÓN”? Marque unha casa.

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0

A4. As persoas beben alcohol por distintos motivos. Pensando NOS ÚLTIMOS 12 MESES, cales foron para vostede os MOTIVOS principais PARA BEBER? Pode marcar unha ou varias casas.

1 Porque lle gusta como se sente despois de beber	<input type="checkbox"/> 1
2 Porque é divertido ou porque anima as festas e celebracións	<input type="checkbox"/> 1
3 Só para emborracharse	<input type="checkbox"/> 1
4 Para encaixar nun grupo que lle gusta ou para non sentirse excluído (en relación cos demais)	<input type="checkbox"/> 1
5 Porque lle axuda cando se sente deprimido ou cando necesita esquecerse de todo	<input type="checkbox"/> 1
6 Porque cre que é saudable ou porque forma parte dunha alimentación equilibrada	<input type="checkbox"/> 1

Non tomei unha bebida alcohólica nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Nunca tomei unha bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

As seguintes preguntas refírense soamente aos ÚLTIMOS 30 DÍAS

Conteste esta pregunta (A5) SÓ SE É VOSTEDE UN HOME

A5. Durante os ÚLTIMOS 30 DÍAS, cantos días tomou na mesma ocasión 5 ou máis bebidas alcohólicas? Entendendo por “ocasión” cando se toman varias bebidas seguidas ou nun prazo dun par de horas. Non exclúa as bebidas alcohólicas tomadas durante as comidas. Poña sobre a liña o número de días.

ANOTE O Nº DE DÍAS EN QUE TOMOU **5 ou MÁIS BEBIDAS** NA MESMA OCASIÓN: _____ días

Non tomei 5 ou máis bebidas alcohólicas na mesma ocasión durante os últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Non tomei bebidas alcohólicas durante os últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca tomei unha bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

Conteste estas preguntas (A6 e A7) SÓ SE É VOSTEDE UNHA MULLER

A6. Durante os ÚLTIMOS 30 DÍAS, cantos días tomou na mesma ocasión 4 ou máis bebidas alcohólicas? Entendendo por “ocasión” cando se toman varias bebidas seguidas ou nun prazo dun par de horas. Non exclúa as bebidas alcohólicas tomadas durante as comidas. Poña sobre a liña o número de días.

ANOTE O Nº DE DÍAS EN QUE TOMOU **4 ou MÁIS BEBIDAS** NA MESMA OCASIÓN: _____ días

Non tomei 4 ou máis bebidas alcohólicas na mesma ocasión durante os últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Non tomei bebidas alcohólicas durante os últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca tomei unha bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

A7. Se estivo vostede EMBARAZADA ou está actualmente embarazada, consumiu ou consome calquera bebida alcohólica durante o embarazo? Marque unha casa.

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
Non estiven embarazada nunca	<input type="checkbox"/> 9

As seguintes preguntas refírense soamente aos ÚLTIMOS 7 DÍAS

A8. Nos ÚLTIMOS 7 DÍAS, que días consumiu vostede algunha bebida alcohólica?

Marque de luns a domingo os días que consumiu bebidas alcohólicas nos últimos 7 días. Se non consumiu ningún día marque a casa correspondente. Pode marcar varias casas de luns a domingo.

	Ningún día nos últimos 7 días	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres	Sábado	Domingo
Días en que consumiu algunha bebida alcohólica nos últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

A9. Nos ÚLTIMOS 7 DÍAS, cantos vasos ou copas das seguintes bebidas alcohólicas consumiu en total?

Añote o número de vasos ou copas destas bebidas que consumiu en total nos últimos 7 días, se non consumiu nos últimos 7 días marque 0.

		Nº total de bebidas alcohólicas consumidas NOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
1 Nº de vasos ou copas de VIÑO/CHAMPAÑA ou CAVA		_ _
2 Nº de vasos, canas ou quintos de CERVEXA ou SIDRA		_ _
3 Nº de vasos ou copas de VERMÚ, XEREZ ou FINO		_ _
4 Nº de vasos de COMBINADOS ou CUBATAS		_ _
5 Nº de copas de LICORES DE FROITAS SÓS (PACHARÁN, MANZÁ)		_ _
6 Nº de copas de LICORES FORTES SÓS (COÑAC, XENEBRA, WHISKY)		_ _

NON TOMEI BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0
NUNCA TOMEI UNHA BEBIDA ALCOHÓLICA NA MIÑA VIDA	<input type="checkbox"/> 9

BEBIDAS ENERXÉTICAS

A10. Tomou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas enerxéticas (Red Bull, Burn, Monster...)? Conteste "Non" se o único que fixo foi dar un sorbo ou probar da bebida doutra persoa.

SI	<input type="checkbox"/>	1
NON	<input type="checkbox"/>	0

A11. Tomou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas enerxéticas (Red Bull, Burn, Monster...) mesturadas con bebidas alcohólicas? Conteste "Non" se o único que fixo foi dar un sorbo ou probar da bebida doutra persoa.

SI	<input type="checkbox"/>	1
NON	<input type="checkbox"/>	0

Agora imos volver preguntarlle algunhas cousas sobre o **CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS NOS 12 ÚLTIMOS MESES.**

Moi importante:

- **SE NON CONSUMIU ALCOHOL NOS ÚLTIMOS 12 MESES,** non conteste este bloque e pase á pregunta T1 (Tabaco)

- **SE CONSUMIU ALCOHOL NOS ÚLTIMOS 12 MESES,** **DEBE CONTESTAR TODAS AS PREGUNTAS** porque forman parte dun cuestionario e deben analizarse conxuntamente.

AU1. Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Unha ou menos veces ao mes	<input type="checkbox"/>	2
2 a 4 veces ao mes	<input type="checkbox"/>	3
2 ou 3 veces á semana	<input type="checkbox"/>	4
4 ou máis veces á semana	<input type="checkbox"/>	5

AU2. Cantas bebidas alcohólicas consume normalmente cando bebe?

1 ou 2	<input type="checkbox"/>	1
3 ou 4	<input type="checkbox"/>	2
5 ou 6	<input type="checkbox"/>	3
7 a 9	<input type="checkbox"/>	4
10 ou máis	<input type="checkbox"/>	5

AU3. Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nun só día?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU4. Con que frecuencia, no curso do último ano, foi incapaz de parar de beber cando xa comezara?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2

Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU5. Con que frecuencia, no curso do último ano, non puido atender as súas obrigas porque bebera?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU6. Con que frecuencia, no curso do último ano, necesitou beber en xaxún para recuperarse despois de beber moito o día anterior?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU7. Con que frecuencia, no curso do último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa despois de beber?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU8. Con que frecuencia, no curso do último ano, non puido lembrar o que aconteceu a noite anterior porque estivera bebendo?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos dunha vez/mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario ou case a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU9. Vostede, ou algunha outra persoa, resultou ferida porque vostede bebera?

Non	<input type="checkbox"/>	1
Si, pero non no curso do último ano	<input type="checkbox"/>	2
Si, no último ano	<input type="checkbox"/>	3

AU10. Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario amosou preocupación polo seu consumo de alcohol, ou lle suxeriron que deixe de beber?

Non	<input type="checkbox"/>	1
Si, pero non no curso do último ano	<input type="checkbox"/>	2

Si, no último ano

3

VOSTEDE REMATOU AS PREGUNTAS ACERCA DO ALCOHOL. GRAZAS.
 POR FAVOR, AGORA CONTINÚE LENDO E RESPONDENDO POR VOSTEDE MESMO AS PREGUNTAS QUE SEGUEN E SE TEN
 ALGUNHA DÚDIDA PODE CONSULTAR CO/COA ENTREVISTADOR/A EN CALQUERA MOMENTO

TABACO

T1. Indique se vostede consumiu UN CIGARRO OU OUTRO TIPO DE TABACO, aínda que fose só unha ou dúas caladas ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que o consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu algunha vez A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por primeira vez na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
<u>CIGARRO OU OUTRO TIPO DE TABACO, aínda que fose só unha ou dúas caladas</u>	<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	

T2. Cando foi a PRIMEIRA VEZ que fumou, un cigarro ou outro tipo de tabaco?

- 1 HAI UN ANO OU MENOS
- 2 HAI MÁIS DE 1 ANO
- 9 NUNCA FUMEI UN CIGARRO OU OUTRO TIPO DE TABACO

T3. Durante os ÚLTIMOS 30 DÍAS, por termo medio, que número de cigarros adoitaba fumar cada día que fumaba? Anote o número medio ou marque cunha "X" o recadro correspondente.

CIGARROS
ANOTE O N°: _____

- 0 NON FUMEI UN CIGARRO ou PURO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
- 9 NUNCA FUMEI UN CIGARRO OU PURO

T4. Durante os ÚLTIMOS 30 DÍAS, se fumou cigarros, que tipo de cigarros fumou?

- 1 CIGARROS DE PAQUETE
- 2 TABACO DE LIAR
- 3 DOS 2 TIPOS
- 0 NON FUMEI NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
- 9 NUNCA FUMEI NA MIÑA VIDA

T5. Se algunha vez fumou vostede a diario, que idade tiña cando comezou a fumar tabaco DIARIAMENTE? Poña sobre a liña os anos que tiña ou marque o recadro correspondente.

ANOTE A IDADE: _____ ANOS

Nunca fumei tabaco diariamente	<input type="checkbox"/> 0
Nunca fumei tabaco na miña vida	<input type="checkbox"/> 9

T6. Pensou algunha vez en deixar de fumar?

SI E INTENTEINO	<input type="checkbox"/> 1
SI, PERO NON O INTENTEI	<input type="checkbox"/> 2
NON O PENSEI	<input type="checkbox"/> 3
NON FUMO	<input type="checkbox"/> 9

T7. Indique se vostede fumou TABACO en PIPAS DE AUGA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...), aínda que fose só unha vez ALGUNHA VEZ NA VIDA e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES. Se fumou TABACO en PIPAS DE AUGA nos ÚLTIMOS 12 MESES, indique o número de días que o fixo nese período. Marque unha casa por cada pregunta.

	Usounas ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Usounas nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Número de DÍAS que usou PIPAS DE AUGA nos ÚLTIMOS 12 MESES	IDADE en que as usou <u>por primeira vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si		
PIPAS DE AUGA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____ días	_____ anos

T7a. Se vostede usou ALGUNHA VEZ NA VIDA PIPAS DE AUGA (CACHIMBAS, SHISHAS, HOOKAH, NARGUILE...), Que mestura utilizou para preparala? Pode marcar varias opcións.

Herbas, pedras, melazas, pastas, cremas, xelatinas ou saborizantes sen incluír tabaco (nicotina) nin marihuana ou haxix (cánnabis)	<input type="checkbox"/> 1
Tabaco (nicotina) normal ou de sabores	<input type="checkbox"/> 1
Marihuana ou haxix (cánnabis)	<input type="checkbox"/> 1
Non usei pipas de auga (cachimbas, shishas, hookah, narguile...) nunca	<input type="checkbox"/> 9

CIGARROS ELECTRÓNICOS

CE1. Indique se vostede consumiu CIGARROS ELECTRÓNICOS (vapear) ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que o consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu algunha vez A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por primeira vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
CIGARROS ELECTRÓNICOS (vapear)	<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	

CE2. Se fumou CIGARROS ELECTRÓNICOS (vapear), que tipo de cartucho ou líquido emprega para recargar o seu cigarro electrónico?

CARTUCHOS OU LÍQUIDOS PARA CIGARROS ELECTRÓNICOS CON NICOTINA	<input type="checkbox"/> 1
CARTUCHOS OU LÍQUIDOS PARA CIGARROS ELECTRÓNICOS SEN NICOTINA	<input type="checkbox"/> 2

DOS 2 TIPOS	<input type="checkbox"/>	3
NON FUMEI CIGARROS ELECTRÓNICOS NUNCA	<input type="checkbox"/>	9

CE3. Se fumou CIGARROS ELECTRÓNICOS (vapear), utiliza os CIGARROS ELECTRÓNICOS (vapear) como substituto do tabaco, para reducir o seu consumo ou deixar de fumar?

SI	<input type="checkbox"/>	1
NON	<input type="checkbox"/>	0
NON FUMEI CIGARROS ELECTRÓNICOS NUNCA	<input type="checkbox"/>	9

VOSTEDE REMATOU AS PREGUNTAS ACERCA DO TABACO. GRAZAS. POR FAVOR, AGORA CONTINÚE LENDO E RESPONDENDO POR VOSTEDE MESMO AS PREGUNTAS QUE SEGUEN E SE TEN ALGUNHA DÚBIDA PODE CONSULTAR CO/COA ENTREVISTADOR/A EN CALQUERA MOMENTO

TRANQUILIZANTES / SEDANTES
[medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade]
E SOMNÍFEROS
[medicamentos para durmir]

INCLÚA: Lexafín, orfidal, noctamid, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, stilnox, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc.

NON INCLÚA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

TS1. Indique se vostede consumiu TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que os consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu algunha vez A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por primeira vez</u> na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS (medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade ou medicamentos para durmir)	<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	

TS2. Cando foi a PRIMEIRA VEZ que consumiu TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS (medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade ou medicamentos para durmir)?

HAI UN ANO OU MENOS	<input type="checkbox"/>	1
HAI MÁIS DE 1 ANO	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA CONSUMÍN TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS	<input type="checkbox"/>	9

TS3. En termos xerais sinala O XEITO EN QUE TOMA estes medicamentos denominados TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS. Pode marcar unha ou varias opcións.

1 Tómo en maior dose porque a dose que me receitou o meu médico non me fai efecto	<input type="checkbox"/> 1
2 Tómo en menor dose que a que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> 1
3 Tómo durante máis tempo porque se deixo de tomalo síntome mal	<input type="checkbox"/> 1
4 Tómo durante menos tempo que o que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> 1
5 Tómo na cantidade e durante o tempo exacto que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> 1
Non mo receitou ningún médico e tómo segundo considero	<input type="checkbox"/> 8
Nunca tomei tranquilizantes, sedantes e/ou somníferos	<input type="checkbox"/> 9

TS4. Pense na última vez que tomou TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS: Como lle dixó o médico que o tiña que tomar? Marque unha opción

O médico díxome que o tomase cunha pauta fixa (cada 8 horas, 1 ao día ...)	<input type="checkbox"/> 1
O médico díxome que o tomase cando eu o necesitase .	<input type="checkbox"/> 2
Tómo segundo considero porque non mo receitou ningún médico	<input type="checkbox"/> 3
Nunca tomei tranquilizantes, sedantes e/ou somníferos	<input type="checkbox"/> 9

**TRANQUILIZANTES/SEDANTES
SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO**
[medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade]
E SOMNÍFEROS SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO
[medicamentos para durmir]

A continuación as seguintes preguntas refírense aos mesmos medicamentos cando se obtiveron **SEN RECEITA MÉDICA OU PARA USO NON MÉDICO** é dicir:

- O médico receitoullo a vostede nalgunha ocasión pero seguino tomando sen control do seu médico, en maior cantidade ou durante máis tempo que o que lle indicou o seu médico.
- O médico receitoullo a outra persoa da familia e vostede tómaos de vez en cando
- Los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica

TS5. Indique se vostede consumiu TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES, e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que o consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por primeira vez</u> na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO (medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade ou medicamentos para durmir)	<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	

TS6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, consumiu TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO (medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade ou medicamentos para durmir) na mesma ocasión xunto con...? Entendendo por "ocasión" nun prazo dun par de horas

	NON	SI
CON ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
CON DROGAS ILEGAIS (CÁNNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
CON ALCOHOL E DROGAS ILEGAIS (CÁNNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...) Á VEZ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

Non tomei tranquilizantes, sedantes e/ou somníferos <u>sen receita ou para uso non médico</u> nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca tomei tranquilizantes, sedantes e/ou somníferos <u>sen receita ou para uso non médico</u>	<input type="checkbox"/> ₉

TS7. Pense na última vez que tomou TRANQUILIZANTES, SEDANTES e/ou SOMNÍFEROS SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO (medicamentos para calmar os nervios ou a ansiedade ou medicamentos para durmir) e seleccione o medio polo que os conseguiu. Marque só unha opción.

₁ A través dunha receita médica que non me receitaron a min	<input type="checkbox"/> ₁
₂ A través dun amigo ou familiar	<input type="checkbox"/> ₂
₃ A través dun traficante ou dunha persoa descoñecida	<input type="checkbox"/> ₃
₄ A través de Internet	<input type="checkbox"/> ₄
₅ Compreino nunha farmacia sen receita	<input type="checkbox"/> ₅
₆ Conseguiño doutro xeito	<input type="checkbox"/> ₆
Nunca tomei tranquilizantes, sedantes e/ou somníferos <u>sen receita ou para uso non médico</u>	<input type="checkbox"/> ₉

ANALXÉSICOS OPIOIDES

(medicamentos para calmar a dor derivados da morfina)

Estes medicamentos **úsanse para tratar dores** orixinadas por diferentes causas que sexan **intensas, de longa duración ou que non respondesen a outros tratamentos**.

INCLÚA: Adolonta, Tramadol, Zaldiar, Enanplus, Tradonal, Algidol, Dolocatil, Codeisan, MST continus, Durogesic, Dolantina, Subuxone, Oxycodona, Fentanilo, etc.

NON INCLÚA: Paracetamol, Ibuprofeno, Aspirina, Nolotil, etc.

AO1. Indique se vostede utilizou ou consumiu ANALXÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina) ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu, anote no recadro correspondente a IDADE en que a consumiu por PRIMEIRA VEZ. Marque unha casa por cada pregunta.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por <u>primeira vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
ANALXÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina)	<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	

AO2. Indique cales dos seguintes ANALXÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina) utilizou ou consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA. Pode marcar varias casas por fila.

	ALGUNHA VEZ NA VIDA	
	Non	Si
1 TRAMADOL (Adolonta, Dolpar, Enanplus, Tradonal, Zaldiar...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2 CODEÍNA (Algidol, Analgilasa, Bisoltus, Cod-Efferalgan, Codeisan, Dolmen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3 MORFINA (Dolaq, Mst Continus, Oramorph, Sevredol...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4 FENTANILO (Durogesic, Fendivia, Instanyl, Matrifen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5 OUTROS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

AO3. En termos xerais indique PARA QUE EMPEZOU A TOMAR este tipo de medicamentos denominados ANALXÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina). Pode marcar varias opcións.

1 Dor aguda	<input type="checkbox"/> ₁
2 Dor crónica	<input type="checkbox"/> ₁
3 Despois dunha operación	<input type="checkbox"/> ₁
5 Outras razóns: _____	<input type="checkbox"/> ₁
Nunca tomei analxésicos opioides	<input type="checkbox"/> ₉

AO4. En termos xerais sinala O XEITO EN QUE TOMA estes medicamentos denominados ANALXÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina). Pode marcar unha ou varias opcións.

1 Tómo en maior dose porque a dose que me receitou o meu médico non me fai efecto	<input type="checkbox"/> ₁
2 Tómo en menor dose que a que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> ₁
3 Tómo durante máis tempo porque se deixo de tomalo síntome mal	<input type="checkbox"/> ₁
4 Tómo durante menos tempo que o que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> ₁
5 Tómo na cantidade e durante o tempo exacto que me recomendou o meu médico	<input type="checkbox"/> ₁
Non mo receitou ningún médico e tómo segundo considero	<input type="checkbox"/> ₈
Nunca tomei analxésicos opioides	<input type="checkbox"/> ₉

ANALXÉSICOS OPIOIDES SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO
(medicamentos para calmar a dor derivados da morfina)

A continuación as seguintes preguntas refírense aos mesmos medicamentos cando se obtiveron **SEN RECEITA MÉDICA OU PARA USO NON MÉDICO** é dicir:

- O médico receitoulo a vostede nalgunha ocasión pero seguiu tomándoo sen control do seu médico, en **maior cantidade ou durante máis tempo** do que lle indicou o seu médico.
- O médico **receitoulo a outra persoa** da familia e vostede tómaos de vez en cando
- Conseguinos por **outros medios** distintos á receita médica

AO5. Indique se vostede consumiu ANALXÉSICOS OPIOIDES SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS e/ou A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que os consumiu por PRIMEIRA VEZ. Marque unha casa por cada pregunta.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		Consumiu A DIARIO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por primeira vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
ANALXÉSICOS OPIOIDES SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina)	<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	

AO6. Pense na última vez que tomou ANALXÉSICOS OPIOIDES SEN RECEITA OU PARA USO NON MÉDICO (medicamentos para calmar a dor derivados da morfina) e seleccione o medio polo que os conseguiu. Marque só unha opción.

1 A través dunha receita médica que non me receitaron a min	<input type="checkbox"/> ₁
2 A través dun amigo ou familiar	<input type="checkbox"/> ₂
3 A través dun traficante ou dunha persoa descoñecida	<input type="checkbox"/> ₃
4 A través de Internet	<input type="checkbox"/> ₄
5 Compreino nunha farmacia sen receita	<input type="checkbox"/> ₅
6 Conseguinto doutro xeito	<input type="checkbox"/> ₆
Nunca tomei analxésicos opioides sen receita ou para uso non médico	<input type="checkbox"/> ₉

VOSTEDE TERMINOU AS PREGUNTAS ACERCA DE TRANQUILIZANTES, SEDANTES E/OU SOMNÍFEROS e de ANALXÉSICOS OPIOIDES. GRAZAS. POR FAVOR, AGORA CONTÍNUÉ LENDO E RESPONDENDO POR VOSTEDE MESMO AS PREGUNTAS QUE SEGUEN E SE TEN ALGUNHA DÚBIDA PODE CONSULTALA CO ENTREVISTADOR/A EN CALQUERA MOMENTO.

OUTRAS SUBSTANCIAS

CONTESTE AGORA, POR FAVOR, ALGUNHAS PREGUNTAS SOBRE OUTROS TIPOS DE SUBSTANCIAS:

- **CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX** [aceite de haxix, chocolate, porro, custo, herba]
- **COCAÍNA EN PO** [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** [base, cocaína cociñada, basuco, boliches, crack, roca]
- **ÉXTASE OU OUTRAS DROGAS DE SÍNTESE** [pastis, pirulas, cristal, MDMA]
- **ANFETAMINAS OU SPEED** [anfetas]
- **ALUCINÓXENOS** [LSD, ácido, tripi, cogomelos máxicos, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [cabalo, jaco]
- **INHALABLES VOLÁTILES** [cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]
- **GHB** [éxtase líquido, gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH]
- **METANFETAMINA** [meth, ice, cristal]
- **COGOMELOS MÁXICOS**

CÁNNABIS – MARIHUANA – HAXIX

[aceite de haxix, chocolate, porro, custo, herba]

M1a. Consumiu, aínda que só fose UNHA VEZ NA SÚA VIDA, CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX (aceite de haxix, chocolate, porro, custo, herba)?

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0

M2a. Que IDADE tiña a PRIMEIRA VEZ que consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX?

Se non está seguro, anote a idade aproximada. Escriba con números claros sobre a liña ou marque o recadro.

ANOTE A IDADE: _____ ANOS

M3. Cando foi a PRIMEIRA VEZ que consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX?

HAI UN ANO OU MENOS	<input type="checkbox"/> 1
HAI MÁIS DE 1 ANO	<input type="checkbox"/> 2
NUNCA CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX	<input type="checkbox"/> 9

M3a. Cantos días consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX nos ÚLTIMOS 12 MESES?

Lembre que 12 meses=52 semanas=365 días

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	Entre 30 - 150 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Máis de 150 días	<input type="checkbox"/> 6
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Non consumín cánnabis, marihuana ou haxix nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4	Nunca consumín cánnabis, marihuana ou haxix	<input type="checkbox"/> 9

M3b. Cantos días consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	30 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Non consumín cánnabis, marihuana ou haxix nos últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Nunca consumín cánnabis, marihuana ou haxix	<input type="checkbox"/> 9
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4		

M4. Nos ÚLTIMOS 30 DÍAS, cando consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, cantos PORROS fumou NO MESMO DÍA por termo medio? Non considere que fumou porros se o único que fixo foi dar unhas caladas ao porro doutra persoa.

|__|__| **PORROS**

NON CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0
NUNCA CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX	<input type="checkbox"/> 9

M5. Nos ÚLTIMOS 30 DÍAS, cando consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, que fumou?

PRINCIPALMENTE MARIHUANA (HERBA)	<input type="checkbox"/> 1
PRINCIPALMENTE HAXIX (RESINA, CHOCOLATE)	<input type="checkbox"/> 2
DOS 2 TIPOS	<input type="checkbox"/> 3
NON CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0
NUNCA CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX	<input type="checkbox"/> 9

M6. Nos ÚLTIMOS 30 DÍAS, cando consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, como o consumiu? Pode marcar varias opcións.

EN FORMA DE PORRO OU "CANUTO"	<input type="checkbox"/> 1
USANDO PIPAS DE AUGA, BONGS, CACHIMBAS , SHISHAS	<input type="checkbox"/> 1
USANDO CIGARROS ELECTRÓNICOS	<input type="checkbox"/> 1
POR VÍA ORAL A TRAVÉS DE PASTEIS , GALLETAS, CHUPITOS	<input type="checkbox"/> 1
NON CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 0
NUNCA CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX	<input type="checkbox"/> 9

M7. Nos ÚLTIMOS 30 DÍAS, cando consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, mesturouno con **TABACO?**

SI	<input type="checkbox"/>	1
NON	<input type="checkbox"/>	0

NON CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX NOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	0
NUNCA CONSUMÍN CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX	<input type="checkbox"/>	9

M8. Se fose legal o consumo de CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, probaríao?

SI	<input type="checkbox"/>	1
NON	<input type="checkbox"/>	0

XA O PROBEI	<input type="checkbox"/>	2
-------------	--------------------------	---

M9. Nos ÚLTIMOS 30 DÍAS, cando consumiu CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX, de onde o obtivo? Pode marcar varias opcións.

1 Dunha plantación propia	<input type="checkbox"/>	1
2 Dun club cannábico (ou dunha asociación de usuarios de cánnabis)	<input type="checkbox"/>	1
3 Dunha tenda de produtos de cánnabis (grow shop, head shop...)	<input type="checkbox"/>	1
4 Dun traficante ou camelo (vendedor)	<input type="checkbox"/>	1
5 Dun amigo	<input type="checkbox"/>	1
6 De Internet	<input type="checkbox"/>	1
Non consumín cánnabis, marihuana ou haxix nos últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	0
Nunca consumín cánnabis, marihuana ou haxix	<input type="checkbox"/>	9

**POR FAVOR, RESPONDA AS SEGUINTE PREGUNTAS SE CONSUMIU
CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX NOS
ÚLTIMOS 12 MESES**

Algunhas das seguintes preguntas pareceranlle similares, pero debe CONTESTALAS TODAS porque forman parte de cuestionarios internacionais e debemos analizalas conxuntamente

<input type="checkbox"/> Non consumín HAXIX ou marihuana nos últimos 12 meses → Pasa á pregunta C1

M10. Con que frecuencia lle ocorreu algo do que se describe a continuación nos ÚLTIMOS 12 MESES?
Poña unha 'X' nun cadrño de cada fila. En total ten que poñer 6 "X", porque hai 6 filas de cadrños.

	NUNCA	RARAMENTE	DE VEZ EN CANDO	BASTANTE A MIÚDO	MOI A MIÚDO
1 Fumou CÁNNABIS antes do mediodía ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 Fumou CÁNNABIS estando só/soa ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 Tivo problemas de memoria ao fumar CÁNNABIS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4 Dixéronlle os amigos ou membros da súa familia que debería reducir o consumo de CÁNNABIS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5 Intentou reducir ou deixar de consumir CÁNNABIS sen conseguilo ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 Tivo problemas debido ao seu consumo de CÁNNABIS (disputa, pelexa, accidente, mal resultado escolar, baixo rendemento laboral? Cales?: /...../	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

M11. Nos ÚLTIMOS 12 MESES iniciou algún TRATAMENTO para deixar ou reducir o consumo de CÁNNABIS, MARIHUANA ou HAXIX (herba, chocolate, porro, custo, aceite de HAXIX)?

SI	<input type="checkbox"/> 1
NON	<input type="checkbox"/> 0

COCAÍNA EN PO

[cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

C1a. Consumiu, aínda que só fose UNHA VEZ NA SÚA VIDA, COCAÍNA EN PO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)?

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0

C1b. Que IDADE tiña a PRIMEIRA VEZ que consumiu COCAÍNA EN PO?

Se non está seguro, anote a idade aproximada. Escriba con números claros sobre a liña ou marque o recadro.

ANOTE A IDADE: _____ ANOS

Nunca consumín cocaína en po	<input type="checkbox"/> 1
------------------------------	----------------------------

C2. Cando foi a PRIMEIRA VEZ que consumiu COCAÍNA EN PO? Marque unha casa.

Hai un ano ou menos	<input type="checkbox"/> 1
Hai máis de 1 ano	<input type="checkbox"/> 2
Nunca consumín cocaína en po	<input type="checkbox"/> 9

C2a. Cantos días consumiu COCAÍNA EN PO nos ÚLTIMOS 12 MESES?

Lembre que 12 meses=52 semanas=365 días

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	Entre 30 - 150 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Más de 150 días	<input type="checkbox"/> 6
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Non consumín cocaína en po nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4	Nunca consumín cocaína en po	<input type="checkbox"/> 9

C2b. Cantos días consumiu COCAÍNA EN PO nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	30 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Non consumín cocaína en po nos últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Nunca consumín cocaína en po	<input type="checkbox"/> 9
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4		

COCAÍNA EN FORMA DE BASE
[base, cocaína cociñada, basuco, boliches, crack, roca]

B1. Indique se vostede consumiu COCAÍNA EN FORMA DE BASE ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que a consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por <u>PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cociñada, basuco, boliches, crack, roca]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

B2. Cando foi a PRIMEIRA VEZ que consumiu COCAÍNA EN FORMA DE BASE?

HAI UN ANO OU MENOS	<input type="checkbox"/> 1
HAI MÁIS DE 1 ANO	<input type="checkbox"/> 2
NUNCA CONSUMÍN COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/> 9

ÉXTASE OU OUTRAS DROGAS DE SÍNTESE
[pastis, pirulas, cristal, MDMA]

E1. Indique se vostede consumiu **ÉXTASE ALGUNHA VEZ NA VIDA**, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que a consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
ÉXTASE OU OUTRAS DROGAS DE SÍNTESE (pastis, pímulas, cristal, MDMAI)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

ANFETAMINAS OU SPEED [anfetas]

Sp1. Indique se vostede consumiu **ANFETAMINAS OU SPEED ALGUNHA VEZ NA VIDA**, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que a consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
ANFETAMINAS OU SPEED (anfetas)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

ALUCINÓXENOS SD, ácido, tripi, cogomelos máxicos, ketamina, special-K, ketolar, imaljene]

Alu1. Indique se vostede consumiu **ALUCINÓXENOS ALGUNHA VEZ NA VIDA**, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que os consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu <u>por PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
ALUCINÓXENOS (LSD, ácido, tripi, cogomelos máxicos, ketamina, special-K, ketolar, imaljene)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

HEROÍNA [cabalo, jaco]

H1. Indique se vostede consumiu **HEROÍNA** ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que a consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por <u>PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
HEROÍNA (cabalo, 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	

INHALABLES VOLÁTILES
[cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

InV1. Indique se vostede consumiu **INHALABLES VOLÁTILES** ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que os consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por <u>PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, 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	

GHB
[éxtase líquido, gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH]

GHB1. Indique se vostede consumiu **GHB** ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e/ou nos **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Se consumiu anote no recadro correspondente a **IDADE** en que a consumiu por **PRIMEIRA VEZ**.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por <u>PRIMEIRA vez na súa vida</u>
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
GHB (éxtase líquido, gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

METANFETAMINA
[meth, ice, crystal]

MET1. Indique se vostede consumiu **METANFETAMINA** ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que a consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por PRIMEIRA vez na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
METANFETAMINA (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	

COGOMELOS MÁXICOS

SM1. Indique se vostede consumiu **COGOMELOS MÁXICOS** ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Se consumiu anote no recadro correspondente a IDADE en que os consumiu por PRIMEIRA VEZ.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Consumiu algunha vez nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?		IDADE en que consumiu por PRIMEIRA vez na súa vida
	Non	Si	Non	Si	Non	Si	
COGOMELOS MÁXICOS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

NOVAS SUBSTANCIAS

NS1. Na actualidade atópanse dispoñibles **NOVAS SUBSTANCIAS** que imitan o efecto de drogas ilegais (cánnabis, cocaína, éxtase....). Estas novas substancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados dos fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) pódense presentar en forma de herbas, pastillas, pos, líquidos, incensos, etc... Conteste as seguintes preguntas referentes a estas novas substancias. Marque unha casa por cada pregunta.

Oíu falar destas novas substancias?		Consumiunas ALGUNHA VEZ NA VIDA?	
Non	Si	Non	Si
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

NS2. Para cada unha das seguintes substancias, indique se vostede as consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA. Marque unha casa por pregunta e por fila.

	Consumiu ALGUNHA VEZ NA VIDA?	
	Non	Si
1 KETAMINA (tamén chamada o K, Ketolar, Special K, vitamina K, po k)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2 SPICE (tamén chamada spice drugs, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3 MEFEDRONA (tamén chamada miau-miau, 4-MMC, burbullas azuis, catmef)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4 AYAHUASCA	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5 COCAÍNA ROSA (2CB, Nexus, Pantera rosa)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
Nunca consumín ningunha destas novas substancias		<input type="checkbox"/> ₉

**VOSTEDE TERMINOU AS PREGUNTAS ACERCA DE NOVAS SUBSTANCIAS. GRAZAS.
 POR FAVOR, AGORA CONTINÚE LENDO E RESPONDENDO POR VOSTEDE MESMO AS PREGUNTAS QUE SEGUEN E SE TEN
 ALGUNHA DÚBIDA PODE CONSULTALA CO ENTREVISTADOR/A EN CALQUERA MOMENTO**

TR1. Coñece persoalmente alguén que consumise HEROÍNA OU QUE SE INJECTASE DROGAS ILEGAIS nos ÚLTIMOS 12 MESES?

SI, COÑEZO ALGUÉN	<input type="checkbox"/> 1
NON, NON COÑEZO A NINGUÉN	<input type="checkbox"/> 0

TR2. Por favor, invente un nome para cada persoa que coñeza persoalmente e que sabe que consumiu HEROÍNA OU QUE SE INJECTOU DROGAS ILEGAIS nos ÚLTIMOS 12 MESES, e logo para cada unha delas, conteste as preguntas da seguinte táboa.

Se ten dificultades para enchela, pídale axuda ao/á entrevistador/a. Poderá explicarlle mellor as instrucións.

Nome inventado		Inxectouse drogas ilegais nos ÚLTIMOS 12 MESES?			Consumiu <u>heroína</u> nos ÚLTIMOS 12 MESES?			Iniciou un tratamento ambulatorio por drogas ILEGAIS nos ÚLTIMOS 12 MESES?			Estivo motivado o devandito tratamento pola heroína?		
		SI	NON	NON SABE	SI	NON	NON SABE	SI	NON	NON SABE	SI	NON	NON SABE
01	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
02	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
03	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
04	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
05	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

Non coñezo persoalmente a ninguén que consumise heroína ou que se inxectase drogas ilegais nos ÚLTIMOS 12 MESES 9

Conteste as preguntas J1 e J2 se **XOGO CON DIÑEIRO** nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, se non xogou con diñeiro nos últimos 12 meses pase á pregunta J3

Non xoguei con diñeiro nos últimos 12 meses → Pasa á pregunta J3

J1. Conteste se lle ocorreu (si/non) algo do que se describe a continuación nos ÚLTIMOS 12 MESES?
 Marque unha casa por liña.

	SI	NON
1 Tivo a necesidade de apostar cantidades de diñeiro cada vez maiores para conseguir a excitación desexada.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2 Estivo nervioso/a ou irritado/a cando intentou reducir ou abandonar o xogo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3 Fixo esforzos repetidos para controlar, reducir ou abandonar o xogo, sempre sen éxito.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4 A miúdo tivo a mente ocupada nas apostas (p. ex. revivindo experiencias de apostas pasadas, planificando a súa próxima aposta, pensando en formas de conseguir diñeiro para apostar...).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5 A miúdo xogou cando sentía desasosiego (p. ex. culpabilidade, ansiedade, depresión).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6 Despois de perder diñeiro nas apostas, volveu xogar outro día para intentar ganar e así recuperar o diñeiro perdido.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7 Mentiu para ocultar o seu grao de implicación no xogo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8 Puxo en perigo ou perdeu algunha relación importante, o seu emprego ou oportunidades nos seus estudos ou na súa carreira profesional a causa do xogo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9 Conta cos demais para que lle dean diñeiro para aliviar a súa grave situación financeira provocada polo xogo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Considérase **xogar con diñeiro en liña (en Internet)** se accedeu mediante un dispositivo persoal (móbil, ordenador, tableta, etc.) a páxinas web ou aplicacións de xogos de azar ou apostas co obxectivo de ganar diñeiro.

Considérase **xogar con diñeiro presencial (fóra de Internet)** se acudiu fisicamente a establecementos especializados en xogos de azar ou apostas ou utilizou terminais de apostas en bares ou outros establecementos hosteleiros co obxectivo de ganar diñeiro

J2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, con que frecuencia XOGO DIÑEIRO? Marque unha casa por columna.

	En liña (en Internet)	Presencial (fóra de Internet)
Un día ao mes ou menos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2-4 días ao mes	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
2-5 días á semana	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
6 ou máis días á semana	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Non xoguei diñeiro nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca xoguei diñeiro	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉

J3. Que idade tiña a PRIMEIRA VEZ que xogou diñeiro?
 Poña sobre as liñas os anos que tiña ou marque o recadro correspondente.

Anote a **idade** que tiña a **primeira vez** que **xogou diñeiro en liña (en Internet)**: _____ anos

9

Anote a **idade** que tiña a **primeira vez** que **xogou diñeiro presencial (fóra de Internet)**: _____ anos

9

J4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, en que xogos XOGOU DIÑEIRO? Marque unha ou varias casas.

	En liña (en Internet)	Presencial (fóra de Internet)
1 Lotarías, Primitiva, Bonoloto, Once cupóns, xogo activo Eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 Lotarías instantáneas (rascas Once)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
3 Quinielas de fútbol e/ou Quinigol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4 Apostas deportivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
5 Apostas nas carreiras de cabalos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6 Slots, máquinas de azar/máquinas comecartos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
7 Xogos de cartas con diñeiro (póker, mus, blackjack, punto e banca...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
8 Bingo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
9 Videoxogos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
10 Xogos en casino	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
11 Xogos en salas de xogo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
12 Bolsa de valores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
13 Concursos (televisión, radio, prensa) con aposta económica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Non xoguei diñeiro nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nunca xoguei diñeiro	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

J5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, cal foi a maior cantidade de DIÑEIRO QUE GASTOU XOGANDO nun só día? Marque unha casa por columna.

	Diñeiro que xoguei en liña (en Internet)	Diñeiro que xoguei <u>presencial</u> (fóra de Internet)
Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Entre 6 e 30 euros	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Entre 31 e 60 euros	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Entre 61 e 300 euros	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Máis de 300 euros	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Non xoguei diñeiro nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nunca xoguei diñeiro	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

INTERNET

As seguintes preguntas refírense ao **uso de INTERNET**, para chatear, mandar ou recibir mensaxes electrónicas, WhatsApp, usar redes sociais, xogar con ou sen diñeiro, escoitar ou descargar música, ver ou descargar vídeos, facer compras, para facer os deberes ou traballar.

INT1. Indique se vostede usou INTERNET ALGUNHA VEZ NA VIDA, e/ou nos ÚLTIMOS 12 MESES e/ou nos ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque unha casa por cada pregunta.

	Usou INTERNET ALGUNHA VEZ NA VIDA?		Usou INTERNET nos ÚLTIMOS 12 MESES?		Usou INTERNET nos ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	Non	Si	Non	Si	Non	Si
Uso de INTERNET	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

INT 1a. Indique o número de horas de media nun día calquera entre semana de luns a venres e nun día calquera da fin de semana que utilizou INTERNET POR DIVERSIÓN. Se non utilizou internet por diversión marque 0 horas. As horas de uso están incluídas nun rango de 0 a 24 horas e os minutos de 0 a 60.

/_/_/_/ **Horas** /_/_/_/ **Minutos** nun día **ENTRE SEMANA** (de luns a venres)

/_/_/_/ **Horas** /_/_/_/ **Minutos** nun día da **FIN DE SEMANA** (sábado ou domingo)

INT2. Por favor, lea as afirmacións seguintes con respecto ao uso de INTERNET (chateando, mandando ou recibindo mensaxes electrónicas, WhatsApp, usando redes sociais, xogando con ou sen diñeiro, escoitando ou descargando música, vendo ou descargando vídeos...). Indique cada canto tempo lle ocorren as seguintes situacións. (Non teña en conta o tempo que emprega en Internet para facer os deberes ou traballar, só indique aquí o tempo que emprega en Internet por diversión). Marque unha casa por liña.

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNHA VEZ	A MIÚDO	MOI FRECUENTEMENTE
1 Con que frecuencia lle resultou difícil deixar de usar Internet cando estaba conectado/a?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Con que frecuencia seguiu conectado/a 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
3 Con que frecuencia os seus pais ou amigos din que debería pasar menos tempo en Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Con que frecuencia prefire conectarse a Internet en vez de pasar o tempo con outros (pais, amigos...)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Con que frecuencia dorme menos por estar conectado/a a Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Con que frecuencia se encontra pensando en Internet , aínda que non estea conectado/a?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Con que frecuencia está desexando conectarse a Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Con que frecuencia pensa que debería usar menos Internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 Con que frecuencia intentou pasar menos tempo conectado/a a Internet e non o conseguiu?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 Con que frecuencia intenta terminar o seu traballo a toda prisa para conectarse a Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 Con que frecuencia descoída as súas obrigas (deberes, estar coa familia...) porque prefire conectarse a Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 Con que frecuencia se conecta a Internet cando está "de baixón" ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Con que frecuencia se conecta a Internet para esquecer as súas penas ou sentimentos negativos ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 Con que frecuencia se sente inquieta/a, frustrado/a ou irritado/a se non pode usar Internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Con que frecuencia se sentiu acosado/a, ameazado/a ou cre que lle fixeron bullying a través de Internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Nunca usei **INTERNET**

₉

SAÚDE

S1. NALGÚN MOMENTO DA SÚA VIDA, foi vostede diagnosticado/a de:

Marque todas as que considere.

1 Ludopatía (problemas co xogo)	<input type="checkbox"/> ₁
2 Ansiedade	<input type="checkbox"/> ₁
3 Depresión	<input type="checkbox"/> ₁
4 Insomnio (problemas para dormir)	<input type="checkbox"/> ₁
5 Trastorno por consumo de drogas (substancias psicoactivas)	<input type="checkbox"/> ₁

Ningún dos mencionados

₉

S2. Algunha vez nos últimos 12 meses pensou en suicidarse?

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere non contestar	<input type="checkbox"/> 9

S3. Algunha vez nos últimos 12 meses, pensou en como podería suicidarse ou planeou facelo?

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere non contestar	<input type="checkbox"/> 9

S4. Nos últimos 12 meses, cometeu un intento de suicidio?

Si	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere non contestar	<input type="checkbox"/> 9

**ENTREVISTADOR/A: PASAR AO BLOQUE DE PREGUNTAS DE "RISCO E OUTRAS CUESTIÓNS"
NO CADERNO DO/A ENTREVISTADOR/A**