

ESTUDES 2014

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 leyeses detenidamente y contestases 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. Has de marcar con una "x" una única respuesta. Por ejemplo:

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

- Menos de una noche al mes 1
 - De 1 a 3 noches al mes 2
 - 1 noche a la semana 3
 - 2-4 noches a la semana 4
 - Mas de 4 noches a la semana 5
 - Nunca 0
- 

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

- Menos de una noche al mes 1 **Respuesta incorrecta**
 - De 1 a 3 noches al mes 2
 - 1 noche a la semana 3 **Respuesta correcta**
 - 2-4 noches a la semana 4
 - Mas de 4 noches a la semana 5
 - Nunca 0
- 

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

¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una "X" en un cuadradito de cada columna (↓); en total has de 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 has de marcar con una "X" una única respuesta en cada fila (→) de cuadritos. Así en el ejemplo siguiente has de 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 has de 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 has de anotar un número en las casillas abiertas por arriba, procurando situar siempre la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.**

¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNTOS DÍAS COMPLETOS HAS FALTADO A CLASE POR CADA UNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS? Si ningún día has faltado a ninguna clase por ese motivo, anota 00 en las casillas abiertas correspondientes.

- Por enfermedad o por consulta médica | 0 | 1 | días
- No tener ganas de ir a clase | 0 | 1 | días
- Ir a un funeral, visitar o atender a un familiar enfermo, ayudar a los padres, hacer una gestión ineludible | 0 | 0 | días
- Otros motivos | 0 | 0 | días

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

¿EN QUE MUNICIPIO HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

..... Segovia

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

A CONTINUACIÓN ENTRAMOS EN LAS PREGUNTAS

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

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="text"/>
(Escribe el nombre del país)			<input type="text"/>

No escribir en los cuadritos 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="text"/>
(Escribe el nombre del país)			<input type="text"/>

No escribir en los cuadritos 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="text"/>	
(Escribe el nombre del país)		<input type="text"/>	

No escribir en los cuadrillos sombreados

P6. ¿EN QUÉ MUNICIPIO HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

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

P7. ¿EN QUÉ PROVINCIA ESTÁ ESE MUNICIPIO?

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

P8. ¿ACTUALMENTE, CON CUÁLES DE LAS SIGUIENTES PERSONAS CONVIVES O COMPARTES LA CASA? Pon una "X" en las casillas que se ajustan a tu situación personal. Puedes marcar una o varias.

Padre	<input type="checkbox"/> 1
Madre	<input type="checkbox"/> 2
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 3
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 4
Hermanos/ Hermanas	<input type="checkbox"/> 5
Hijos de la pareja de tu padre/ madre	<input type="checkbox"/> 6
Abuelo/ Abuela	<input type="checkbox"/> 7
Otros Familiares	<input type="checkbox"/> 8
Pareja con la que convives (marido, mujer, novio/a, compañero/a, etc.)	<input type="checkbox"/> 9
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> 10
Vives en un centro educativo o Institución	<input type="checkbox"/> 11
Vives sólo /sola	<input type="checkbox"/> 12

P9. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN LABORAL DE TU MADRE Y DE TU PADRE? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de 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

P10. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ TU MADRE Y TU PADRE? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.

	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, 6º EGB completo, certificado escolar, 6 años de cursos terminados	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
1º o 2º de la ESO, 8º de EGB, Graduado Escolar, Formación profesional de primer grado, 4 años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
3º o 4º 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

P11. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, HA FALTADO ALGÚN DÍA ENTERO A CLASE?

- Sí ₁
- No ₀

P12. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNTOS DÍAS COMPLETOS HAS FALTADO A CLASE POR CADA UNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS? Si ningún día has faltado a ninguna clase por ese motivo, anota 00 en las casillas abiertas correspondientes.

Por enfermedad o por consulta médica	_ _ días
No tener ganas de ir a clase	_ _ días
Ir a un funeral, visitar o atender a un familiar enfermo, ayudar a los padres, hacer una gestión ineludible	_ _ días
Otros motivos	_ _ días
No he faltado a clase en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₁

P12a. ¿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, un curso ₁
- Sí, dos o más cursos ₂
- No ₀

P14. ¿A QUÉ EDAD REPETISTE CURSO POR PRIMERA VEZ?..... |_|_| años

- No he repetido curso nunca ₁

P15. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ADEMÁS DE ESTUDIAR, HAS REALIZADO ALGÚN TRABAJO REMUNERADO (te han pagado por realizar el trabajo), **CON O SIN CONTRATO?**

- Sí ₁
- No ₀

P16. ¿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 (€)

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

P18. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE? Si has salido antes de las 12 de la noche [por ejemplo, a las 10] y has vuelto después de las 12 [por ejemplo, a las 3 de la madrugada], cuéntalo como una única noche.

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

P19. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE SALISTE POR LA NOCHE EN FIN DE SEMANA PARA DIVERTIRTE EN LOS ULTIMOS 12 MESES, A QUÉ HORA VOLVISTE A CASA?

- Antes de las 12 de la noche 1
- Entre las 12 y la 1 de la noche 2
- Entre la 1 y las 2 de la madrugada..... 3
- Entre las 2 y las 3 de la madrugada..... 4
- Entre las 3 y las 4 de la madrugada 5
- Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana..... 6
- Después de las 8 de la mañana..... 7
- No he salido por las noches en los últimos 12 meses..... 0

P20. ¿CON CUÁNTA FRECUENCIA HACES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? Marca una casilla por línea, si nunca has hecho esa actividad marca la casilla de "nunca".

	Nunca	2 o 3 veces al año	1 o 2 veces al mes	Por lo menos una vez por semana	Casi todos los días
Juego con el ordenador (videojuegos, la wii...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Practico algún deporte, atletismo, hago ejercicio.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Leo libros como entretenimiento (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
Salgo por las noches (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
Otros hobbies (toco un instrumento, canto, pinto, escribo...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Salgo con amigos 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
Uso internet para divertirme (chatear, oír música, juegos, redes sociales como facebook, ver videos...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juego dinero en máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

P21N. ¿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 1
- No 0

P21A. ¿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
-------------------------------	----------------------------

P21B. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE FUMASTE UN CIGARRILLO?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 2
Hace más de un año	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco	<input type="checkbox"/> 0

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

- Sí 1
- No 0

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

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

P24A. ¿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

P25. ¿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

P26. ¿TE HAS PLANTEADO ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?

- Sí, y lo he intentado 1
- Sí, pero no lo he intentado 2
- No me lo he planteado 3
- No fumo..... 0

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

- Sí 1
- No 0

Vivo solo	<input type="checkbox"/> 4
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 has de 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"/> 2

P31. INDICA CON QUÉ FRECUENCIA 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 has de poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos. Considera recinto del centro tanto los edificios y locales cerrados como el patio o espacio exterior cercado o vallado.

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

P31A. ¿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 1
- No 0

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

P32. ¿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 1
- No 0

P32A. ¿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
---------------------------------------	----------------------------

P32B. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE UNA BEBIDA ALCOHÓLICA?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 2
Hace más de un año	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 0

P33. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P36. ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS CONSUMIDO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

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

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

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

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

	Vino/ Champán o Cava	Cerveza/ Sidra	Aperitivos/ Vermut	Combinados/ Cubatas	Licores de Frutas	Licores fuertes
1 fin de semana	<input type="checkbox"/> 1					
2 fines de semana	<input type="checkbox"/> 2					
3 fines de semana	<input type="checkbox"/> 3					
Todos los fines de semana	<input type="checkbox"/> 4					
No he consumido ese tipo de bebidas en fin de semana	<input type="checkbox"/> 0					
No he consumido nunca este tipo de bebidas	<input type="checkbox"/> 9					

P37. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, POR TÉRMINO MEDIO, ¿QUÉ CANTIDAD DE VASOS, CAÑAS O COPAS DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS TOMASTE EN UN DÍA LABORABLE? ¿Y DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO? Anota una respuesta numérica en cada grupo de dos casillas abiertas. En total has de anotar 16 respuestas numéricas.

		Nº DE VASOS EN UN DÍA LABORABLE (lunes o martes o miércoles o jueves)	Nº DE VASOS DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO (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 aperitivos (vermut, jerez,...) (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 de vasos de calimocho (vino mezclado con coca cola) (1 litro= 5 vasos)		_ _	_ _
Nº de vasos de sangría (1 litro= 5 vasos)		_ _	_ _

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

P37A. ¿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

P37B. ¿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 1
- No 0

P37C. ¿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 1
- No 0

P38. 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"/>	2
Hipermercados	<input type="checkbox"/>	3
Supermercados	<input type="checkbox"/>	4
Tiendas de barrio, quioscos, bodegas	<input type="checkbox"/>	5
Casa donde vives	<input type="checkbox"/>	6
Casa de otras personas	<input type="checkbox"/>	7
Venta ambulante	<input type="checkbox"/>	8
Internet o venta telefónica	<input type="checkbox"/>	9
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	10
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/>	11

P39. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR TODOS LOS MODOS EN QUE 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 familiares de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/>	2
A través de otras personas de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/>	3
A través de familiares menores de 18 años	<input type="checkbox"/>	4
A través de otras personas menores de 18 años	<input type="checkbox"/>	5
De otra forma	<input type="checkbox"/>	6
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	7
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/>	8

P40. SIGUIENDO CON LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.

Bares o pubs	<input type="checkbox"/>	1
Discotecas	<input type="checkbox"/>	2
Restaurantes	<input type="checkbox"/>	3
Casa donde vives, incluyendo todo el recinto	<input type="checkbox"/>	4
Casa de otras personas, incluyendo todo el recinto	<input type="checkbox"/>	5
En calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos	<input type="checkbox"/>	6
Otros sitios	<input type="checkbox"/>	7
No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	8
No he tomado bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/>	9

P41. 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 DOS HORAS. Si bebiste de recipientes distintos a vasos, cañas o copas, calcula el número de estas unidades a partir de la información de la P37.

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

P41A. LA ÚLTIMA VEZ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS QUE HAS TOMADO CINCO O MÁS VASOS, CAÑAS O COPAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA MISMA OCASIÓN (por "ocasión" entendemos tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas), **¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS TOMASTE Y QUÉ CANTIDAD DE CADA UNA DE ELLAS?** Marca 1 o más bebidas según el tipo de bebida que consumiste.

Marca si has bebido:		Marca el nº de vasos/cañas/copas que bebiste:
Vino, champán o cava	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Cerveza, sidra	<input type="checkbox"/> 2	_ _
Aperitivos (vermut, jerez,...)	<input type="checkbox"/> 3	_ _
Combinados o cubatas	<input type="checkbox"/> 4	_ _
Licores de frutas solos (pacharán, manzana)	<input type="checkbox"/> 5	_ _
Licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky)	<input type="checkbox"/> 6	_ _
Calimocho	<input type="checkbox"/> 7	_ _
Sangría	<input type="checkbox"/> 8	_ _

No he tomado cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he tomado cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 3

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON TAMBIÉN SOBRE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

42. ¿CUÁNTOS DÍAS TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos: En tu vida, en los últimos 12 meses 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	<input type="checkbox"/> 7
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

P42A. ¿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

P42B. ¿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"/> 0

P42C. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CUANDO HACES “BOTELLÓN”, ¿BEBES ALCOHOL?

Sí, siempre o más de la mitad de las veces	<input type="checkbox"/> 1
Sí, menos de la mitad de las veces	<input type="checkbox"/> 2
No	<input type="checkbox"/> 3
No he hecho botellón en el último año	<input type="checkbox"/> 4
Nunca he hecho botellón	<input type="checkbox"/> 0

P43. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFLEJA MEJOR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE TU PADRE Y DE TU MADRE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? Pon una “X” en cada columna (↓); en total has de poner dos “X”, porque hay dos columnas de cuadritos.

	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

LOS TRANQUILIZANTES/ SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) Y SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)

Incluir: Hipnóticos, benzos, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, lexatin, orfidal, noctamid, benzodicepinas, zolpidem, etc.

No incluir: Valeriana, passiflora, dormidina.

P44. ¿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 has de poner tres “X”, porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P44A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE TRANQUILIZANTES/SEDANTES O SOMNÍFEROS? 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 tranquilizantes/sedantes o somníferos	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------------------------------------	----------------------------

LOS 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

P45. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES/SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) O SOMNÍFEROS (pastillas para dormir) SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO? Pon una "X" en cada columna (); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

	¿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

P45A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE TRANQUILIZANTES/SEDANTES O SOMNÍFEROS SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO? 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 tranquilizantes/sedantes o somníferos sin que me los recetara un médico	<input type="checkbox"/> ₁
-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

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

- **HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)
- **BASE** (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)
- **COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)
- **GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO** (gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH)
- **ÉXTASIS 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)

P46. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P46A. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNDO 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 hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 2

P46B. ¿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
---------------------------------------	----------------------------

P46C. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 2
Hace más de un año	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 0

P46D. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNDO 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"/> 0

P46E. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, LO HAS MEZCLADO CON TABACO?

- Sí 1
- No 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"/> 0

P47. ¿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 has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P47A. ¿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
-------------------------	----------------------------

P47B. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 2
Hace más de un año	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he consumido base	<input type="checkbox"/> 0

P48. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de 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	<input type="checkbox"/> 8
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

P48A. ¿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
-------------------------------------	----------------------------

P48B. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE COCAÍNA EN POLVO?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 2
Hace más de un año	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 0

P49N. INDICA SI HAS CONSUMIDO GHB o 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	
GHB o ÉXTASIS LÍQUIDO (gammahidroxibutirato, 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	

P50N. INDICA SI HAS CONSUMIDO ÉXTASIS 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	
ÉXTASIS (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	

P51N. INDICA SI HAS CONSUMIDO ANFETAMINAS O SPEED 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	
ANFETAMINAS O SPEED (anfetas, 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	

P52N. INDICA SI HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS 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	
ALUCINÓGENOS (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	

P53N. INDICA SI HAS CONSUMIDO HEROÍNA 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	
HEROÍNA (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	

P54N. INDICA SI HAS CONSUMIDO INHALABLES VOLÁTILES 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	
INHALABLES VOLÁTILES (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	

P55. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS 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?

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

P56. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS 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?

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

P58. PENSANDO EN LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS CON LOS QUE SALES Y TE RELACIONAS HABITUALMENTE, EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA CUÁNTOS DE ELLOS HAN HECHO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 12 "X" porque hay 12 filas de cuadrillos.

	Todos	La mayoría	Algunos	Unos pocos	Ninguno
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Emborracharse	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hacer botellón	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir hachís / marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar tranquilizantes/sedantes o somníferos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir éxtasis	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir anfetaminas o speed (metanfetamina, anfetam, ice)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir heroína	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir inhalables volátiles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Inyectarse drogas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

A CONTINUACIÓN NOS GUSTARÍA QUE CONTESTASES ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE
NUEVAS SUSTANCIAS:

P58A. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRAN DISPONIBLES NUEVAS SUSTANCIAS QUE IMITAN EL EFECTO DE DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, ÉXTASIS....). ESTAS NUEVAS SUSTANCIAS 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

P58B. ¿DÓNDE CONSEGUISTE O TE OFRECIERON ESTE TIPO DE SUSTANCIAS, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Puede marcar una o varias opciones.

Me la ofreció un amigo	<input type="checkbox"/> ₁
Las compré en una tienda especializada (Smart shop o head shop)	<input type="checkbox"/> ₂
A través de un vendedor (camello)	<input type="checkbox"/> ₃
A través de internet	<input type="checkbox"/> ₄
Me la ofrecieron en una fiesta, en un pub, en un bar	<input type="checkbox"/> ₅
Otros sitios	<input type="checkbox"/> ₆
No he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> ₇
No sabes	<input type="checkbox"/> ₉

P59. 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
KETAMINA (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
SPICE (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
MEFEDRONA (también llamada miau-miau, 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
METANFETAMINA (también llamada 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
SETAS MÁGICAS (también llamadas hongos alucinógenos)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
SALVIA	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ESTEROIDES ANABOLIZANTES	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
OTRAS (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

P60. 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 has de poner 7 "X" porque hay 7 filas de cuadrillos.

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	No sabes	Nunca he oído hablar de esta droga
Consumir KETAMINA alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir SPICE alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir MEFEDRONA alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir METANFETAMINA alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir SETAS MÁGICAS alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir SALVIA alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Consumir ESTEROIDES ANABOLIZANTES alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

P61. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 7 "X" porque hay 7 filas de cuadrillos.

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	No sabes	Nunca he oído hablar de esta droga
KETAMINA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
SPICE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
MEFEDRONA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
METANFETAMINA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
SETAS MÁGICAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
SALVIA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
ESTEROIDES ANABOLIZANTES	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

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

P34N. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONDUCIDO UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC) BAJO LOS EFECTOS DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?

	He conducido un vehículo de motor bajo los efectos del <u>ALCOHOL</u>	He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de <u>HACHÍS O MARIHUANA</u>	He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de <u>COCAÍNA</u>
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 días o más	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

Nunca he consumido bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he consumido cocaína	<input type="checkbox"/> 3

P35N. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS VIAJADO COMO PASAJERO EN UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC.) CONDUCIDO POR ALGUIEN BAJO LOS EFECTOS DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS?

	He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del ALCOHOL	He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de HACHÍS O MARIHUANA	He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de COCAÍNA
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 días o más	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

P62. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁFICO SIENDO TÚ EL CONDUCTOR DE MOTO O MOTOCICLETA, O DE OTRO VEHÍCULO DE MOTOR?

- Sí 1
- No 0

P63. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, HACHÍS/MARIHUANA (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS AL ÚLTIMO ACCIDENTE DE TRÁFICO QUE HAS SUFRIDO SIENDO TÚ EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A MOTOR O LA MOTO O MOTOCICLETA?

	Sí	No
Alcohol (bebidas alcohólicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo o en base	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
En los últimos 12 meses <u>no</u> has sufrido ningún accidente de tráfico siendo tú el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor	<input type="checkbox"/> 1	

P64. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS PARTICIPADO EN ALGUNA PELEA O HAS SUFRIDO O REALIZADO ALGUNA AGRESIÓN FÍSICA?

- Sí 1
- No 0

P65. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, HACHÍS/MARIHUANA (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS A LA ÚLTIMA PELEA O AGRESIÓN FÍSICA EN QUE TE HAS VISTO IMPLICADO?

	Sí	No
Alcohol (bebidas alcohólicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hachís / marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Cocaína en polvo o en base	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
En los últimos 12 meses <u>no</u> has participado en ninguna pelea o has sufrido o realizado alguna agresión física	<input type="checkbox"/> 1	

P70. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 7 "X" porque hay 7 filas de cuadrillos.

	Sí	No
He tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
No he podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido dificultad para concentrarme en el colegio al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido resaca al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido relaciones sexuales de las que me he arrepentido al día siguiente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido relaciones sexuales sin preservativo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

P71. SI QUISIERAS FUMAR TABACO, ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA FUMES, ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadritos.

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

P72. SI QUISIERAS TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA LAS TOMES, ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadritos.

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

P73. ¿CÓMO SON LAS RELACIONES QUE MANTIENES CON TUS PADRES? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadritos.

	Madre	Padre
Muy malas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Bastante malas	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Regulares	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Bastante buenas	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Muy buenas	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
No tengo madre/padre	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆

P74. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE APLICAN A TI LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES? Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total has de poner seis "X" porque hay seis filas de cuadritos.

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

P75. 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 has de poner 20 "X" porque hay 20 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.

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

P76. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.

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

P77. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR TODOS LOS MODOS EN QUE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO ALGUNA DE ESTAS DROGAS (anfetaminas, éxtasis, ketamina, spice, setas mágicas)? Pon una "X" en uno o varios cuadritos de cada columna.

	Anfetaminas	Éxtasis	Ketamina	Spice	Setas mágicas
Obtenida/comprada a través de un familiar/amigo/conocido	<input type="checkbox"/> ₁				
Obtenida/comprada a través de un vendedor (camello)	<input type="checkbox"/> ₂				
Obtenida/comprada a través de internet	<input type="checkbox"/> ₃				
Obtenida/comprada a través de una tienda especializada (smart shop, head shop, herbolario...)	<input type="checkbox"/> ₄				
Obtenida/comprada en una zona de ocio (festival, concierto, discoteca, bar...)	<input type="checkbox"/> ₅				
Nunca he conseguido esta droga	<input type="checkbox"/> ₆				
Nunca he oído hablar de esta droga	<input type="checkbox"/> ₇				

EN LAS PREGUNTAS SIGUIENTES (P78 HASTA P81) RECUERDA QUE EL TÉRMINO DROGA TAMBIÉN SE APLICA A TABACO Y A ALCOHOL

P78. ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL TEMA DE LAS DROGAS?

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

P79N. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS HAS RECIBIDO, PRINCIPALMENTE, INFORMACIÓN SOBRE DROGAS? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.

De padres/madres u otros familiares	<input type="checkbox"/> ₁
De amigos	<input type="checkbox"/> ₂
De profesores o a través de un programa de prevención que se realizó en el colegio	<input type="checkbox"/> ₃
De profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/> ₄
A través de organismos oficiales (Gobierno, Consejerías...)	<input type="checkbox"/> ₅
A través de los medios de comunicación (TV, prensa, radio...)	<input type="checkbox"/> ₆
A través de internet (páginas web, blogs, redes sociales...)	<input type="checkbox"/> ₇
Otras	<input type="checkbox"/> ₈
No he recibido información sobre drogas	<input type="checkbox"/> ₉

P80N. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS CREES QUE PODRÍAS RECIBIR UNA INFORMACIÓN MEJOR Y MÁS OBJETIVA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.

De padres/madres u otros familiares	<input type="checkbox"/> 1
De amigos	<input type="checkbox"/> 2
De profesores o a través de un programa de prevención que se realice en el colegio	<input type="checkbox"/> 3
De profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/> 4
A través de organismos oficiales (Gobierno, Consejerías...)	<input type="checkbox"/> 5
A través de los medios de comunicación (TV, prensa, radio...)	<input type="checkbox"/> 6
A través de internet (páginas web, blogs, redes sociales...)	<input type="checkbox"/> 7
Otras	<input type="checkbox"/> 8
No he recibido información sobre drogas	<input type="checkbox"/> 9

P81. ¿EN TU ACTUAL INSTITUTO / CENTRO EDUCATIVO, HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HA TRATADO EN CLASE EL TEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?

- Sí..... 1
- No..... 0

P82. 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 cuadrito de cada fila. En total has de poner diez "X" porque hay diez filas.

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

AUNQUE ANTES YA HAS CONTESTADO A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL **USO DE HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) (P46), necesitamos VOLVER A PREGUNTARTE algunas cosas SOBRE ESTAS SUSTANCIAS EN **LOS 12 ÚLTIMOS MESES**

P84. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

- Sí..... 1
- No..... 0 → Pasa a la pregunta INT1

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

Recuerda que cuando nos referimos a **cannabis** es lo mismo que **hachís, marihuana, hierba, chocolate, porro, costo o aceite de hachís**

P85. ¿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 has de 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

P86. 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 1
- No 0

USO DE INTERNET Y OTRAS CONDUCTAS RELACIONADAS

En las siguientes preguntas te vamos a preguntar sobre tu uso de internet. Ten en cuenta que:

- El uso de internet se puede hacer a través de **diferentes dispositivos**: teléfonos móviles (smartphones), ordenadores fijos, portátiles, tablets (iPad), etc.
- **Debes considerar** solamente el **uso de internet** que haces **por diversión** (para chatear, mandar o recibir mails o whatsApps, usar las redes sociales, jugar con o sin dinero, escuchar o descargarte música, ver o descargarte videos, etc.)
- **No debes considerar** el tiempo que empleas en **internet para hacer deberes o trabajar**.

INT1. EN UNA SEMANA CUALQUIERA DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿QUÉ DÍAS HAS USADO INTERNET (para chatear, mandar o recibir mails, whatsApps, usar las redes sociales, jugar con o sin dinero, escuchar o descargarte música, ver o descargarte videos...)? (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.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Ningún día
<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	<input type="checkbox"/> 8

INT2. EN UNA SEMANA CUALQUIERA DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTO TIEMPO PASAS USANDO INTERNET (chateando, mandando o recibiendo e-mails, whatsApps, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándote música, viendo o descargándote videos ...) EN UN DÍA ENTRE SEMANA Y DURANTE UN DÍA DEL FIN DE SEMANA? (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.

	Ninguna	Media hora o menos	Alrededor de 1 hora	Alrededor de 2 o 3 horas	Alrededor de 4 o 5 horas	6 horas o más
UN DIA ENTRE SEMANA (de lunes a jueves)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UN DÍA DEL FIN DE SEMANA (de viernes a domingo)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

INT3. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUÁNTO TIEMPO HAS USADO INTERNET DURANTE UN DÍA CUALQUIERA? (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 no has hecho esa actividad en los últimos 30 días marca la casilla de “nunca en los últimos 30 días”.

	Nunca en los últimos 30 días	Media hora o menos al día	Alrededor de 1 hora al día	Alrededor de 2 o 3 horas al día	Alrededor de 4 o 5 horas al día	6 horas o más al día
Uso WhatsApp, Email (Gmail, etc.), MSN.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Uso las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, Tuenti, Pinterest, LinkedIn, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A través de internet participo en juegos de realidad virtual con otra gente (estrategias de guerra, juegos en primera persona, World of Warcraft, Call of Duty, Grand Theft Auto, MMO, MMORPG, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A través de internet juego a juegos de habilidad yo solo (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	<input type="checkbox"/> 5
A través de internet juego a juegos en los que puedo ganar dinero tales como: poker, juegos de rasca y gana, dados, apuestas, tragaperras, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A través de internet leo, navego o busco información, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A través de internet escucho o me descargo música, veo o me descargo vídeos musicales, películas, series, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Visito páginas sólo para adultos (de violencia, sexo, etc.).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Compro a través de internet 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	<input type="checkbox"/> 5

INT4. 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 dejar de usar internet 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 seguido conectado 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 deberías pasar menos tiempo 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 prefieres conectarte a internet en vez de pasar el tiempo con otros (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 duermes menos 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 pensando en internet, 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 deseando 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 piensas que deberías usar menos 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 intentado pasar menos tiempo 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 terminar tu trabajo a toda prisa 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 descuidas tus obligaciones (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 cuando estas “de bajón”?	<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 para olvidar tus penas 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 inquieto, frustrado o irritado si no puedes usar 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 has sentido acosado, amenazado o crees que te han hecho 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

J1. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS JUGADO DINERO? Marca una casilla por columna.

	En internet	Fuera de internet
Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2-4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
2-3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

J2. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS JUGADO DINERO EN INTERNET EN LOS SIGUIENTES JUEGOS? Marca una casilla por línea.

	Nunca he jugado dinero en este juego en INTERNET	No he jugado dinero en los últimos 12 meses en este juego en INTERNET	Una vez o menos al mes	2-4 veces al mes	2-3 veces a la semana	4-5 veces a la semana	6 o más veces a la semana
Máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Juegos de casino (ruleta, cartas, poker, blackjack, bridge, dados...)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Apuestas en deportes (fútbol, caballos...)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

J3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS JUGADO DINERO FUERA DE INTERNET EN LOS SIGUIENTES JUEGOS? Marca una casilla por línea.

	Nunca he jugado dinero en este juego FUERA DE INTERNET	No he jugado dinero en los últimos 12 meses en este juego FUERA DE INTERNET	Una vez o menos al mes	2-4 veces al mes	2-3 veces a la semana	4-5 veces a la semana	6 o más veces a la semana
Máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Loterías y quinielas	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Bingos, casinos, casas de apuestas	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

J4. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTO DINERO CREES QUE TE HAS JUGADO? Marca una casilla por línea.

	Dinero que he jugado EN INTERNET	Dinero que he jugado FUERA DE INTERNET
Nada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Menos de 50 euros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Entre 50 y 100 euros	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Entre 101 y 300 euros	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Más de 300 euros	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

J5. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEÑALA CUAL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES TE HA OCURRIDO CUANDO HAS JUGADO DINERO EN INTERNET. Marca una casilla.

No me pidieron datos personales ni que me identificara para entrar en las páginas de juego de internet y entré sin problemas	<input type="checkbox"/> 1
Me pidieron datos personales para entrar en las páginas de juego de internet y entré usando una identificación falsa inventada	<input type="checkbox"/> 2
Me pidieron datos personales para entrar en las páginas de juego de internet y entré usando la identificación de un adulto real	<input type="checkbox"/> 3
Me pidieron datos personales para entrar y como no cumplía los requisitos no pude entrar	<input type="checkbox"/> 4
No he intentado entrar en las páginas en las que se juega dinero en internet en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 5

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.