



MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA 2019-2020

Nº DE RUTA				
NUMERO DE CUESTIONARIO DE LA RUTA.....				
PROVINCIA				
MUNICIPIO				
DISTRITO				
SECCIÓN				
Nº DE HOGAR EN LA RUTA				
Nº DE ENTREVISTADOR/A				
Nº DE CUESTIONARIO				

ALCOHOL

Se considera bebida alcohólica cualquier tipo de sustancia que contenga alcohol, entre las que se incluyen:

- **Vino, champán, cava**
- **Cerveza, sidra** (cañas, claras...)
- **Vermú, jerez, finos**
- **Combinados o cubatas** (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mezcladas con refrescos, zumos,... se incluyen los mojitos)
- **Licores de frutas** (pacharán, licores de manzana, pera, melocotón, melón...)
- **Licores fuertes o bebidas destiladas** (coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo...)

A1. Indique si usted ha consumido CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** a la que las consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.**

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
HA CONSUMIDO CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

A2. Indique si usted se ha EMBORRACHADO, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si se ha emborrachado anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** a la que se emborrachó por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.**

	¿Se ha emborrachado ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Se ha emborrachado en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Se ha emborrachado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Se ha emborrachado A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en la que se emborrachó <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
SE HA EMBORRACHADO	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

A3. En los **ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha hecho usted "**BOTELLÓN**"?** Marque una casilla.

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

A4. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Pensando en LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuáles han sido para usted los MOTIVOS principales PARA BEBER? Puede marcar una o varias casillas.

1 Porque le gusta cómo se siente después de beber	<input type="checkbox"/> ₁
2 Porque es divertido o porque anima las fiestas y celebraciones	<input type="checkbox"/> ₁
3 Sólo para emborracharse	<input type="checkbox"/> ₁
4 Para encajar en un grupo que le gusta o para no sentirse excluido (en relación con los demás)	<input type="checkbox"/> ₁
5 Porque le ayuda cuando se siente deprimido o cuando necesita olvidarse de todo	<input type="checkbox"/> ₁
6 Porque cree que es saludable o porque forma parte de una alimentación equilibrada	<input type="checkbox"/> ₁

No he tomado una bebida alcohólica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> ₉

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS

Conteste a esta pregunta (A5) SÓLO SI ES USTED UN HOMBRE

A5. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas? Entendiendo por “ocasión” cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

ANOTE EL **Nº DE DÍAS** EN QUE HA TOMADO **5 ó MÁS BEBIDAS** EN LA MISMA OCASIÓN: _____ días

No he tomado 5 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₁
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> ₉

Conteste a estas preguntas (A6 y A7) SÓLO SI ES USTED UNA MUJER

A6. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión 4 ó más bebidas alcohólicas? Entendiendo por “ocasión” cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

ANOTE EL **Nº DE DÍAS** EN QUE HA TOMADO **4 ó MÁS BEBIDAS** EN LA MISMA OCASIÓN: _____ días

No he tomado 4 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₁
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> ₉

A7. Si ha estado usted EMBARAZADA o está actualmente embarazada, ¿Ha consumido o consume cualquier bebida alcohólica durante el embarazo? Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₀
No he estado embarazada nunca	<input type="checkbox"/> ₉





Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS

A8. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Qué días ha consumido usted alguna bebida alcohólica?

Marque de lunes a domingo los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 7 días. Si no ha consumido ningún día marque la casilla correspondiente. Puede marcar varias casillas de lunes a domingo.

	Ningún día en los últimos 7 días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Días en los que ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

A9. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos vasos o copas de las siguientes bebidas alcohólicas ha consumido en total? Anote el número de vasos o copas de estas bebidas que ha consumido en total en los últimos 7 días, si no ha consumido en los últimos 7 días marque 0.

		Nº total de bebidas alcohólicas consumidas EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
1 Nº de vasos o copas de vino/champán o cava		_ _
2 Nº de vasos, cañas o quintos de cerveza o sidra		_ _
3 Nº de vasos o copas de vermú, jerez o fino		_ _
4 Nº de vasos de combinados o cubatas		_ _
5 Nº de copas de licores de frutas solos (pacharán, manzana)		_ _
6 Nº de copas de licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky...)		_ _

No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/> ₉

BEBIDAS ENERGÉTICAS

A10. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...)? Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona. Marque una casilla.

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

A11. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...) mezcladas con bebidas alcohólicas? Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona. Marque una casilla.

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

**Ahora vamos a volver a preguntarle algunas cosas sobre el
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES.**

Muy importante:

- **SI NO HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, no conteste este bloque y pase a la pregunta T1 (Tabaco)**
- **SI HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS porque forman parte de un cuestionario y deben analizarse conjuntamente. Marque una casilla por pregunta.**

AU1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/> 2
2 a 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3
2 ó 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4
4 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 5

AU2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?

1 ó 2	<input type="checkbox"/> 1
3 ó 4	<input type="checkbox"/> 2
5 ó 6	<input type="checkbox"/> 3
7 a 9	<input type="checkbox"/> 4
10 o más	<input type="checkbox"/> 5

AU3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

AU9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?

No	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/> 2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/> 3

AU10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?

No	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/> 2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/> 3

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS.
POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO**

TABACO

T1. Indique si usted ha consumido UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO, aunque fuera sólo una o dos caladas ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que lo consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<u>CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO</u> , aunque fuera sólo una o dos caladas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

T2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha fumado, un cigarrillo u otro tipo de tabaco? Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> ₁
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> ₂
Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco	<input type="checkbox"/> ₉

T3. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿qué número de cigarrillos solía fumar cada día que fumaba? Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

CIGARRILLOS
Anote el n°: _____

No he fumado un cigarrillo en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> ₉

T4. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, si ha fumado cigarrillos, ¿qué tipo de cigarrillos ha fumado? Marque una casilla.

Cigarrillos de cajetilla	<input type="checkbox"/> ₁
Tabaco de liar	<input type="checkbox"/> ₂
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> ₃
No he fumado en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he fumado	<input type="checkbox"/> ₉

T5. Si alguna vez ha fumado usted a diario, ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco DIARIAMENTE? Ponga sobre la línea los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

Nunca he fumado tabaco diariamente	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he fumado tabaco en mi vida	<input type="checkbox"/> ₉

T6. ¿Se ha planteado alguna vez dejar de fumar? Marque una casilla.

Sí y lo he intentado	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no lo he intentado	<input type="checkbox"/> 2
No me lo he planteado	<input type="checkbox"/> 3
No fumo	<input type="checkbox"/> 9

T7. Indique si usted ha fumado TABACO en PIPAS DE AGUA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...), aunque fuera sólo una vez ALGUNA VEZ EN LA VIDA y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES. Si ha fumado TABACO en PIPAS DE AGUA en los ÚLTIMOS 12 MESES, indique el número de días que lo ha hecho en ese periodo. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		Número de DÍAS que ha fumado tabaco en PIPAS DE AGUA en los últimos 12 meses
	No	Sí	No	Sí	
TABACO en PIPAS DE AGUA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

CE1. Indique si usted ha consumido CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que lo consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

CE2. Si ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear), ¿Qué tipo de cartucho o líquido emplea para recargar su cigarrillo electrónico? Marque una casilla.

Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	<input type="checkbox"/> 1
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he fumado cigarrillos electrónicos nunca	<input type="checkbox"/> 9

CE3. Si ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear), ¿Utiliza los CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear) para reducir el consumo de tabaco o dejar de fumar? Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
No he fumado cigarrillos electrónicos nunca	<input type="checkbox"/> 9

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL TABACO Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS. GRACIAS. POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

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

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

NO INCLUYA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

TS1. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que los consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<u>TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS</u> (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

TS2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)? Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> ₁
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> ₂
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> ₉

TS3. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS. Puede marcar una o varias opciones.

1 Lo tomo en mayor dosis porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> ₁
2 Lo tomo en menor dosis que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
3 Lo tomo durante más tiempo porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> ₁
4 Lo tomo durante menos tiempo que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
5 Lo tomo en la cantidad y durante el tiempo exacto que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> ₈
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> ₉

TS4. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS: ¿Cómo le dijo el médico que se lo tenía que tomar? Marque una opción

El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)	<input type="checkbox"/> ₁
El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara .	<input type="checkbox"/> ₂
Lo tomo según considero porque no me lo ha recetado ningún médico	<input type="checkbox"/> ₃
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> ₉

TRANQUILIZANTES/SEDANTES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
 (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) **SOMNÍFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para dormir)

A continuación las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido **SIN RECETA MÉDICA O PARA USO NO MÉDICO** es decir:

- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico, en **mayor cantidad o durante más tiempo** que lo que le indicó su médico.
- El médico se lo ha **recetado a otra persona** de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- Los ha conseguido por **otros medios** distintos a la receta médica

TS5. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<u>TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u> (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

TS6. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) en la misma ocasión junto con...? Entendiendo por "ocasión" en un plazo de un par de horas. Marque una casilla por fila.

	No	Sí
con alcohol ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
con drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína...)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
con alcohol y drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína...) a la vez?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

No he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u> en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u>	<input type="checkbox"/> ₉

TS7. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) y seleccione el medio por el que los consiguió. Marque sólo una opción.

1 A través de una receta médica que no me recetaron a mi	<input type="checkbox"/> ₁
2 A través de un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> ₂
3 A través de un traficante o a una persona desconocida	<input type="checkbox"/> ₃
4 A través de internet	<input type="checkbox"/> ₄
5 Lo compré en una farmacia sin receta	<input type="checkbox"/> ₅
6 Lo conseguí de otra manera	<input type="checkbox"/> ₆
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u>	<input type="checkbox"/> ₉

ANALGÉSICOS OPIOIDES

(medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

Estos medicamentos **se usan para tratar dolores** originados por diferentes causas que sean **intensos, de larga duración o que no hayan respondido a otros tratamientos.**

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

NO INCLUYA: Paracetamol, Ibuprofeno, Aspirina, Nolotil, etc.

AO1. Indique si usted ha utilizado o consumido **ANALGÉSICOS OPIOIDES** (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ.** Marque con una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

AO2. Indique cuáles de los siguientes **ANALGÉSICOS OPIOIDES** (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) ha utilizado o consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA.** Puede marcar varias casillas por fila.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	
	No	Sí
1 TRAMADOL (Adolonta, Dolpar, Enanplus, Tradonal, Zaldiar...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2 CODEÍNA (Algidol, Analgilasa, Bisoltus, Cod-Efferalgan, Codeisan, Dolmen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3 MORFINA (Dolq, Mst Continus, Oramorph, Sevredol...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4 FENTANILO (Durogesic, Fendivia, Instanyl, Matrifen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5 OTROS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

AO3. En términos generales indique **PARA QUÉ EMPEZÓ A TOMAR** este tipo de medicamentos denominados **ANALGÉSICOS OPIOIDES** (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar varias opciones.

1 Dolor agudo	<input type="checkbox"/> ₁
2 Dolor crónico	<input type="checkbox"/> ₁
3 Después de una operación	<input type="checkbox"/> ₁
4 Para tratar mi dolor porque no me funcionaban otros medicamentos	<input type="checkbox"/> ₁
5 Otras razones: _____	<input type="checkbox"/> ₁
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> ₉

AO4. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar una o varias opciones.

1 Lo tomo en mayor dosis porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> 1
2 Lo tomo en menor dosis que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
3 Lo tomo durante más tiempo porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> 1
4 Lo tomo durante menos tiempo que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
5 Lo tomo en la cantidad y durante el tiempo exacto que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> 9

ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

A continuación las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido SIN RECETA MÉDICA O PARA USO NO MÉDICO es decir:

- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico, en **mayor cantidad o durante más tiempo** que lo que le indicó su médico.
- El médico se lo ha **recetado a otra persona** de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- Los ha conseguido por **otros medios** distintos a la receta médica

AO5. Indique si usted ha consumido ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Marque con una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<u>ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u> (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

AO6. Piense en la última vez que tomó ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) y seleccione el medio por el que los consiguió. Marque sólo una opción.

1 A través de una receta médica que no me recetaron a mi	<input type="checkbox"/> 1
2 A través de un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> 2
3 A través de un traficante o a una persona desconocida	<input type="checkbox"/> 3
4 A través de internet	<input type="checkbox"/> 4
5 Lo compré en una farmacia sin receta	<input type="checkbox"/> 5
6 Lo conseguí de otra manera	<input type="checkbox"/> 6
Nunca he tomado analgésicos opioides sin receta o para uso no médico	<input type="checkbox"/> 9

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE TRANQUILIZANTES, SEDANTES Y/O SOMNÍFEROS y de ANALGÉSICOS OPIOIDES. GRACIAS. POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO.

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CONTESTE AHORA, POR FAVOR, A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE OTROS TIPOS DE SUSTANCIAS:

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

CANNABIS – MARIHUANA – HACHÍS (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)

M1. Indique si usted ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	
<u>CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS</u> (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

M2. Indique si usted ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS algún día en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o 20 días o más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO (30 días) EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido algún día en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido 20 días o más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO (30 días) en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<u>CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS</u> (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

M3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS? Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> ₁
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> ₂
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> ₉

M4. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿Cuántos PORROS ha fumado EN EL MISMO DÍA por término medio? No considere que fumó porros si lo único que hizo fue dar unas caladas al porro de otra persona.

| ___ | ___ | porros

No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

M5. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, qué ha fumado? Marque una casilla.

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 cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

M6. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿cómo lo ha consumido? Puede marcar varias opciones.

1 En forma de porro o canuto	<input type="checkbox"/> 1
2 Usando pipas de agua, bongos, cachimbos , shishas	<input type="checkbox"/> 1
3 Usando cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> 1
4 Por vía oral a través de pasteles , galletas, chupitos	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

M7. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, lo ha mezclado con TABACO? Marque una casilla.

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

No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

M8. Si fuese legal el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿lo probaría? Marque una casilla.

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

Ya lo he probado	<input type="checkbox"/> 2
------------------	----------------------------

M9. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿De dónde lo ha obtenido? Puede marcar varias opciones.

1 De una plantación propia	<input type="checkbox"/> 1
2 De un club cannábico (o de una asociación de usuarios de cannabis)	<input type="checkbox"/> 1
3 De una tienda de productos de cannabis (grow shop, head shop...)	<input type="checkbox"/> 1
4 De un traficante o camello (vendedor)	<input type="checkbox"/> 1
5 De un amigo	<input type="checkbox"/> 1
6 De internet	<input type="checkbox"/> 1

No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI HA CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, si no ha consumido cannabis pase a la pregunta C1

Algunas de las siguientes preguntas le parecerán similares, pero ha de **CONTESTARLAS TODAS** porque forman parte de **cuestionarios internacionales** y debemos analizarlas conjuntamente

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 12 meses → **Pasa a la pregunta C1**

M10. ¿Con qué frecuencia le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Ponga una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total ha de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
1 ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 ¿Ha fumado cannabis estando solo/a ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4 ¿Le han dicho los amigos o miembros 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
5 ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?: /...../	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

M11. En los ÚLTIMOS 12 MESES ¿ha iniciado algún TRATAMIENTO para dejar o reducir el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS (hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

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

COCAÍNA EN POLVO

[cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

C1. Indique si usted ha consumido COCAÍNA EN POLVO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

C2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN POLVO? Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> ₁
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> ₂
Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> ₉

C3. ¿Ha consumido COCAÍNA EN POLVO 30 días o más en los ÚLTIMOS 12 MESES? Marque una casilla.

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

No he consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> ₉

COCAÍNA EN FORMA DE BASE

[base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]

B1. Indique si usted ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
COCAÍNA EN FORMA DE BASE (base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

B2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE? Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> ₁
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> ₂
Nunca he consumido cocaína en forma de base	<input type="checkbox"/> ₉

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, MDMA)

E1. Indique si usted ha consumido **ÉXTASIS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, MDMA)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

ANFETAMINAS O SPEED (anfetas)

Sp1. Indique si usted ha consumido **ANFETAMINAS O SPEED** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ANFETAMINAS O SPEED (anfetas)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

ALUCINÓGENOS

(LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)

Alu1. Indique si usted ha consumido **ALUCINÓGENOS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, 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	

HEROÍNA (caballo, jaco)

H1. Indique si usted ha consumido **HEROÍNA** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>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	

INHALABLES VOLÁTILES

(cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)

InV1. Indique si usted ha consumido **INHALABLES VOLÁTILES** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

GHB

(éxtasis líquido, gammahidroxiturato, X-líquido, gamma-OH)

GHB1. Indique si usted ha consumido **GHB** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
GHB (éxtasis líquido, gammahidroxiturato, X-líquido, gamma-OH)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

METANFETAMINA

(meth, ice, tina)

MET1. Indique si usted ha consumido **METANFETAMINA** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
METANFETAMINA (meth, ice, tina)	<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

SM1. Indique si usted ha consumido **SETAS MÁGICAS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
SETAS MÁGICAS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	

NUEVAS SUSTANCIAS

NS1. En la actualidad se encuentran disponibles **NUEVAS SUSTANCIAS** que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc... Conteste las siguientes preguntas referentes a estas nuevas sustancias. Marque una casilla por cada pregunta.

¿Ha oído hablar de estas nuevas sustancias?		¿Las ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?	
No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

NS2. Para cada una de las siguientes sustancias, indique si usted las ha consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**. Marque una casilla por pregunta y por fila.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?	
	No	Sí
1 KETAMINA (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2 SPICE (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3 MEFEDRONA (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4 AYAHUASCA	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5 COCAÍNA ROSA (2CB, Nexus, Pantera rosa)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

Nunca he consumido ninguna de estas nuevas sustancias

₉

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE NUEVAS SUSTANCIAS. GRACIAS. POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

TRATAMIENTO

TR1. ¿Conoce personalmente a alguien que haya consumido HEROÍNA O SE HAYA INYECTADO DROGAS ILEGALES en los ÚLTIMOS 12 MESES? Marque una casilla.

Sí, conozco a alguien	<input type="checkbox"/> 1
No, no conozco a nadie	<input type="checkbox"/> 0

TR2. Por favor, invente un nombre para cada persona que conozca personalmente y que sabe que ha consumido HEROÍNA O SE HA INYECTADO DROGAS ILEGALES en los ÚLTIMOS 12 MESES, y luego para cada una de ellas, conteste las preguntas de la siguiente tabla.
Si tiene dificultades para rellenarla, pídale ayuda al entrevistador. Él podrá explicarle mejor las instrucciones.

Nombre inventado		¿Se ha inyectado <u>drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha consumido <u>heroína</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha iniciado un <u>tratamiento ambulatorio</u> por drogas ilegales en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Estuvo motivado dicho <u>tratamiento</u> por la heroína?		
		SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
01	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
02	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
03	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
04	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
05	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

No conozco personalmente a nadie que haya consumido <u>heroína o se haya inyectado drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> 9
--	----------------------------

JUEGO CON DINERO

Conteste a las preguntas J1 y J2 si ha **JUGADO CON DINERO** en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, si no ha jugado con dinero en los últimos 12 meses pase a la pregunta J3

No he jugado dinero en los últimos 12 meses → Pasa a la pregunta J3

J1. ¿Conteste si le ha ocurrido (sí/no) algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Marque una casilla por línea.

	SÍ	NO
1 Ha tenido la necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2 Ha estado nervioso o irritado cuando ha intentado reducir o abandonar el juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3 Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4 A menudo ha tenido la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo experiencias de apuestas pasadas, planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar...).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5 A menudo ha jugado cuando sentía desasosiego (p. ej. culpabilidad, ansiedad, depresión).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6 Después de perder dinero en las apuestas, ha vuelto a jugar otro día para intentar ganar y así recuperar el dinero perdido.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7 Ha mentido para ocultar su grado de implicación en el juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8 Ha puesto en peligro o ha perdido alguna relación importante, su empleo u oportunidades en sus estudios o en su carrera profesional a causa del juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9 Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su grave situación financiera provocada por el juego,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Se considera **jugar con dinero online (en internet)** si ha accedido mediante un dispositivo personal (móvil, ordenador, Tablet, etc.) a páginas web o aplicaciones de juegos de azar o apuestas con el objetivo de ganar dinero.

Se considera **jugar con dinero presencial (fuera de internet)** si ha acudido físicamente a establecimientos especializados en juegos de azar o apuestas o ha utilizado terminales de apuestas en bares u otros establecimientos hosteleros con el objetivo de ganar dinero

J2. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia HA JUGADO DINERO? Marque una casilla por columna.

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
Un día al mes o menos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2-4 días al mes	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
2-5 días a la semana	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
6 o más días a la semana	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
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

J3. ¿Qué edad tenía la PRIMERA VEZ que jugó dinero?

Ponga sobre las líneas los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

Anote la **edad** que tenía la **primera vez** que **jugó dinero online (en internet)**: _____ años

Nunca he jugado dinero online (en internet)	<input type="checkbox"/>	9
---	--------------------------	---

Anote la **edad** que tenía la **primera vez** que **jugó dinero presencial (fuera de internet)**: _____ años

Nunca he jugado dinero presencial (fuera de internet)	<input type="checkbox"/>	9
---	--------------------------	---

J4. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿En qué juegos HA JUGADO DINERO? Marque una o varias casillas.

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
1 Loterías, primitiva, bonoloto, once cupones, juego activo eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Loterías instantáneas (rascas once)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Quinielas de fútbol y/o quinigol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Apuestas deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Apuestas en las carreras de caballos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Slots, máquinas de azar/ tragaperras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Juegos de cartas con dinero (póquer, mus, blackjack, punto y banca...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Juegos en casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Juegos en salas de juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bolsa de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Concursos (televisión, radio, prensa) con apuesta económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J5. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuál ha sido la mayor cantidad de DINERO QUE SE HA GASTADO JUGANDO en un solo día? Marque una casilla por columna.

	Dinero que he jugado online (en internet)	Dinero que he jugado presencial (fuera de internet)
Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 6 y 30 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 31 y 60 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 61 y 300 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 300 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERNET

Las siguientes preguntas se refieren al **uso de INTERNET**, para chatear, mandar o recibir e-mails, WhatsApp, usar redes sociales, jugar con o sin dinero, escuchar o descargarse música, ver o descargarse videos, hacer compras, para hacer deberes o trabajar.

INT1. Indique si usted ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Uso de INTERNET	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

INT2. Por favor, lea las afirmaciones siguientes respecto al uso de INTERNET (chateando, mandando o recibiendo e-mails, WhatsApp, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándote música, viendo o descargándose videos...). Indique cada cuanto tiempo le ocurren las siguientes situaciones. (No tenga en cuenta el tiempo que emplea en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indique aquí el tiempo que emplea en internet por diversión). Marque una casilla por línea.

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY FRECUENTEMENTE
1 ¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estaba conectado?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 ¿Con qué frecuencia ha 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
3 ¿Con qué frecuencia sus padres, o amigos le dicen que debería 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
4 ¿Con qué frecuencia prefiere conectarse 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
5 ¿Con qué frecuencia duerme 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
6 ¿Con qué frecuencia se encuentra pensando en internet , aunque no esté conectado?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 ¿Con qué frecuencia está deseando conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 ¿Con qué frecuencia piensa que debería usar menos internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 ¿Con qué frecuencia ha intentado pasar menos tiempo conectado a internet y no lo ha conseguido?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 ¿Con qué frecuencia intenta terminar su trabajo a toda prisa para conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 ¿Con qué frecuencia descuida sus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefiere conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 ¿Con qué frecuencia se conecta 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
13 ¿Con qué frecuencia se conecta a internet para olvidar sus penas o sentimientos negativos ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 ¿Con qué frecuencia se siente inquieto, frustrado o irritado si no puede usar internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 ¿Con qué frecuencia se ha sentido acosado, amenazado o cree que le 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

Nunca he usado INTERNET

₉

SALUD

S1. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:
 Marque todas las que considere.

1 Ludopatía (problemas con el juego)	<input type="checkbox"/> 1
2 Ansiedad	<input type="checkbox"/> 1
3 Depresión	<input type="checkbox"/> 1
4 Insomnio (problemas para dormir)	<input type="checkbox"/> 1
5 Trastorno por consumo de drogas (sustancias psicoactivas)	<input type="checkbox"/> 1
Ninguno de los mencionados	<input type="checkbox"/> 9

**USTED HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.
 INTRODÚZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR/A.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**ENTREVISTADOR/A: PASAR A BLOQUE DE PREGUNTAS DE “RIESGO Y OTRAS CUESTIONES”
 EN EL CUADERNILLO DEL ENTREVISTADOR/A**