

# ESTUDES 2023 (1º y 2º ESO)

## Cuestionario

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

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/-/\_\_\_/-/\_\_\_/\_\_\_/

## 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, 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. Esperamos que encuentres interesantes los temas que abordamos.

Muchas gracias de antemano por  
colaborar en esta encuesta

# Las primeras preguntas son sobre ti y las cosas que haces

## 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. (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?

Maruecos	<input type="checkbox"/> 153	Francia	<input type="checkbox"/> 78
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
China	<input type="checkbox"/> 47	Alemania	<input type="checkbox"/> 4
Otro: _____ (Escribe el nombre del país)			

No escribir en los cuadritos sombreados

## P6. ¿EN QUÉ MUNICIPIO (CIUDAD O PUEBLO) HAS VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Escribe sobre la línea o marca el recuadro.

\_\_\_\_\_

--	--	--

En el mismo municipio al que pertenece este centro educativo

☐ 1

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

\_\_\_\_\_

--	--

En la misma provincia a la que pertenece este centro educativo

☐ 1

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

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

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

	MADRE	PADRE
<b>Sin estudios</b> o estudios primarios sin terminar (menos de 6 años de cursos terminados)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Primarios completos</b> , 6º EGB completo, certificado escolar, 6 años de cursos terminados	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>1º o 2º de la ESO</b> , 8º de EGB, Graduado Escolar, Formación profesional de primer grado, 4 años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<b>3º o 4º de la ESO</b> , Bachillerato, BUP, COU, Formación profesional de segundo grado, 5 o más años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>Estudios universitarios</b> (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

**P9a. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE TU FAMILIA EN COMPARACIÓN CON OTRAS FAMILIAS DE TU PAÍS?**

Por encima de la media	<input type="checkbox"/> 1
Más o menos como la media	<input type="checkbox"/> 2
Por debajo de la media	<input type="checkbox"/> 3

**P11. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿HAS FALTADO ALGUNA VEZ A CLASE PORQUE NOTE APETECÍA IR (HACER PELLAS)?**

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

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

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

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

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

**P14. ¿ACTUALMENTE CUÁNTO DINERO TE GASTAS A LA SEMANA EN SALIR CON LOS AMIGOS, IR AL CINE, IR A TOMAR ALGO...?** Anota el número de euros en la casilla correspondiente. Si no te gastas nada pon 0.

Dinero que te <b>gastas</b> a la semana en <b>salir con los amigos</b> , ir al cine, ir a tomar algo...	____   ____   ____   Euros (€) a la semana
---	--

# Actividades que puedes realizar en tu tiempo libre

**P17. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿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	De 1 a 3 días al año	De 1 a 3 días al mes	De 1 a 4 días por semana	De 5 a 7 días por semana
Practico algún <b>deporte</b> , atletismo, hago ejercicio.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Leo libros</b> como diversión (sin tener en cuenta los libros del colegio)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Salgo con amigos por las tardes</b> para pasar el rato y quedo en la calle o en un centro comercial o voy a un parque	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Salgo con amigos por las noches</b> a una discoteca, bar, fiesta, café...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Otros hobbies ( <b>toco un instrumento</b> , canto, pinto, escribo...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## VIDEOJUEGOS

Incluye juegos tanto **con conexión a internet** como **sin conexión a internet** usando un ordenador, una Tablet, una consola, un Smartphone u otro dispositivo electrónico y pueden ser de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.

**V1. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS REALIZADO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?** Marca una casilla por fila.

	Nunca	De 1 a 3 días al año	De 1 a 3 días al mes	De 1 a 4 días por semana	De 5 a 7 días por semana
Jugar a <b>videojuegos</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Jugar a <b>eSports</b> o deportes electrónicos (competiciones oficiales multijugador de diferentes disciplinas de videojuegos retransmitidos en streaming)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Participar como <b>espectador en eSports</b> o deportes electrónicos (Ver estas competiciones retransmitidas en streaming en Twitch, YouTube Gaming...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**V2. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTAS HORAS DE MEDIA DEDICAS A ESTAS ACTIVIDADES EN UN DÍA?** Marca una casilla por fila.

	No lo he hecho	Menos de 2 horas	De 2 a 5 horas al día	De 6 a 8 horas al día	Más de 8 horas al día
Jugar a <b>videojuegos</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Jugar a <b>eSports</b> o deportes electrónicos (competiciones oficiales multijugador de diferentes disciplinas de videojuegos retransmitidos en streaming)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Participar como <b>espectador en eSports</b> o deportes electrónicos (Ver estas competiciones retransmitidas en streaming en Twitch, YouTube Gaming...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**V3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTO DINERO TE HAS GASTADO EN TOTAL EN VIDEOJUEGOS PARA MEJORAR TU POSICIÓN, TU PERSONAJE, ACCESORIOS, IMAGEN, CAJAS BOTÍN...?** No incluyas el precio que te ha costado el VIDEOJUEGO. Marca una única casilla.

Nada	<input type="checkbox"/> 0
Entre 1 y 50 euros	<input type="checkbox"/> 1
Entre 51 y 100 euros	<input type="checkbox"/> 2
Más de 100 euros	<input type="checkbox"/> 3

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

**V4. POR FAVOR, LEE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES RESPECTO AL USO DE VIDEOJUEGOS. INDICA SI TE HAN OCURRIDO LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.** Marca una casilla por línea.

	SÍ	NO
¿Estás frecuentemente pensando en LOS VIDEOJUEGOS o en cómo vas a jugar el siguiente juego o la siguiente partida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Te sientes irritado, inquieto, o triste si no puedes jugar a los VIDEOJUEGOS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Necesitas estar cada vez más tiempo jugando a los VIDEOJUEGOS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Has intentado pasar menos tiempo jugando a VIDEOJUEGOS y no lo has conseguido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Por jugar a los VIDEOJUEGOS has perdido interés por otras actividades que hacías antes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Continúas jugando mucho con los VIDEOJUEGOS a pesar de conocer las consecuencias negativas que eso tiene?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Has engañado a tus familiares u otras personas sobre el tiempo que pasas jugando a VIDEOJUEGOS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Has jugado a VIDEOJUEGOS para sentirte mejor cuando estás "de bajón" o cuando estás enfadado o nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Has puesto en peligro o perdido alguna amistad o relación importante o has dejado de lado los estudios por jugar a VIDEOJUEGOS?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

## Tabaco

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

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

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

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 9
-------------------------------	----------------------------

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

Hace 1 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"/> 0

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

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

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

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

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

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he fumado cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 9

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

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

No fumo cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 8
No he fumado cigarrillos nunca	<input type="checkbox"/> 9

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

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

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

Cigarrillos de cajetilla	<input type="checkbox"/> 1
Tabaco de liar	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he fumado en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he fumado en mi vida	<input type="checkbox"/> 9

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

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

**P31. INDICA SI HAS VISTO FUMAR TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS A PROFESORES/AS, ESTUDIANTES, U OTRAS PERSONAS DENTRO DEL RECINTO DEL CENTRO EDUCATIVO.** Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos. Considera recinto del centro tanto los edificios y locales cerrados como el patio o espacio exterior cercado o vallado.

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

## Cigarrillos electrónicos (vapear)

**P32. INDICA SI HAS CONSUMIDO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear).** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez. **No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo electrónico de otra persona.**

	¿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 los consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____ años

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

Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <b>con nicotina</b>	<input type="checkbox"/> 1
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <b>con cannabis</b>	<input type="checkbox"/> 2
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <b>con nicotina y con cannabis</b>	<input type="checkbox"/> 3
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <b>sin nicotina ni cannabis</b>	<input type="checkbox"/> 4
No he fumado cigarrillos electrónicos nunca	<input type="checkbox"/> 9

**P33a. SI HAS FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (VAPEAR), ¿UTILIZAS LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (VAPEAR) PARA REDUCIR TU CONSUMO DE TABACO O DEJAR DE FUMAR?**

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

## PIPAS DE AGUA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...)

**P33b. INDICA SI HAS USADO PIPAS DE AGUA (CACHIMBAS, SHISHAS, HOOKAH, NARGUILE...).** Si has usado PIPAS DE AGUA en los ÚLTIMOS 12 MESES, indica el número de días que lo has hecho en ese periodo y la edad en que las usaste por primera vez. Marca una casilla por cada pregunta.

	¿Las has usado ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Las has usado en los ÚLTIMOS 12 MESES?		Número de DÍAS que has usado PIPAS DE AGUA en los ÚLTIMOS 12 MESES	EDAD en que las usaste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí		
<b>PIPAS DE AGUA (cachimbas, shishas, hookah, narguile...)</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____ días	_____ años

**T33c. SI HAS USADO ALGUNA VEZ EN LA VIDA PIPAS DE AGUA (CACHIMBAS, SHISHAS, HOOKAH, NARGUILE...), ¿QUÉ MEZCLA HAS UTILIZADO PARA PREPARARLA?** Marca solo una opción.

Hierbas, piedras, melazas, pastas o saborizantes <b>sin incluir tabaco (nicotina) ni marihuana o hachís (cannabis)</b>	<input type="checkbox"/> 1
<b>Tabaco (nicotina)</b> normal o de sabores	<input type="checkbox"/> 2
<b>Marihuana o hachís (cannabis)</b>	<input type="checkbox"/> 3
<b>Tabaco (nicotina)</b> normal o de sabores y <b>marihuana o hachís (cannabis)</b>	<input type="checkbox"/> 4
No he usado pipas de agua (cachimbas, shishas, hookah, narguile...) nunca	<input type="checkbox"/> 9

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

**P34. INDICA SI HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS.** Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b> (vino, cerveza, sidra, champán o cava, vermú, licores, cubatas, ...)	<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	_____ años

**P34a. INDICA CUÁNTOS FINES DE SEMANA HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si no has consumido ningún fin de semana marca la opción "No he consumido ningún fin de semana".

1 fin de semana	<input type="checkbox"/> 1
2 fines de semana	<input type="checkbox"/> 2
3 fines de semana	<input type="checkbox"/> 3
4 Todos los fines de semana	<input type="checkbox"/> 4
No he consumido ningún fin de semana	<input type="checkbox"/> 9

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

Hace 1 año o menos	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

### Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS

**P38. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUÉ DÍAS HAS CONSUMIDO ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA?** Marca de lunes a domingo los días que has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 7 días. Si no has consumido ningún día marca la casilla correspondiente. Puedes marcar varias casillas de lunes a domingo.

	Ningún día en los últimos 7 días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Número de días que has consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1



**P39. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿CUÁNTOS VASOS O COPAS DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS HAS CONSUMIDO EN TOTAL?** Anota el número de vasos o copas de estas bebidas que has consumido en total en los últimos 7 días, si no has consumido en los últimos 7 días marca 0.

		Nº total de bebidas alcohólicas consumidas EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
Nº de vasos o copas de <b>vino/champán o cava</b> (1 litro = 10 vasos/copas)		_ _
Nº de vasos, cañas o quintos de <b>cerveza o sidra</b> (1 litro = 5 cañas/quintos)		_ _
Nº de vasos o copas de <b>vermú, jerez o fino</b> (1 litro = 14 vasos/copas)		_ _
Nº de vasos de <b>combinados o cubatas</b> (1 litro = 4 cubatas)		_ _
Nº de copas de <b>licores de frutas solos (pacharán, manzana)</b> (1 litro = 20 copas)		_ _
Nº de copas de <b>licores fuertes solos (ron, ginebra, whisky...)</b> (1 litro = 20 copas)		_ _

No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/> 9

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

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he tomado bebidas alcohólicas todas las semanas	<input type="checkbox"/> 9

**Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS**

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

Bares o pubs	<input type="checkbox"/> 1
Discotecas	<input type="checkbox"/> 1
Hipermercados	<input type="checkbox"/> 1
Supermercados	<input type="checkbox"/> 1
Tiendas de barrio, "chinos", quioscos, bodegas	<input type="checkbox"/> 1
Casa donde vives	<input type="checkbox"/> 1
Casa de otras personas	<input type="checkbox"/> 1
Venta en la calle (ambulante)	<input type="checkbox"/> 1
Internet o venta telefónica (pedidos a domicilio)	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 9

**P42. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR CÓMO HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**  
Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.

Tú directamente	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas menores de 18 años	<input type="checkbox"/> 1
De otra forma	<input type="checkbox"/> 1
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
No he comprado o conseguido bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 9

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

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

**P44. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO CINCO O MÁS VASOS, CAÑAS O COPAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA MISMA OCASIÓN? POR "OCASIÓN" ENTENDEMOS TOMAR LAS BEBIDAS SEGUIDAS O EN UN INTERVALO APROXIMADO DE 2 HORAS.** Si bebiste de recipientes distintos a vasos, cañas o copas, calcula el número de estas unidades a partir de la información de la P39.

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

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

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

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

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

## Las siguientes preguntas son también sobre bebidas alcohólicas

**P47. INDICA SI TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS.** Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Te has emborrachado ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Te has emborrachado alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Te has emborrachado alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en la que te emborrachaste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>BORRACHERAS</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____ años

**P49. ¿ALGUNA VEZ HAS HECHO "BOTELLÓN"?**

	¿Has hecho botellón en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has hecho botellón en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí
<b>BOTELLÓN</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

**P50. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFLEJA MEJOR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE TU PADRE Y DE TU MADRE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner dos "X", porque hay dos columnas de 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

## Preguntas sobre la relación con tus padres

**P93. SI QUISIERAS FUMAR TABACO O TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA FUMES TABACO O TOMES BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES?** Pon dos "X" en cada fila; en total debes poner seis "X", porque hay tres filas en cada una de las 2 columnas.

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

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

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

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

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

**P96. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS (DE SALUD O DE OTRO TIPO) QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR HABITUALMENTE (aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente) CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.** Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total debes poner 9 "X" porque hay 9 filas de cuadritos.

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes
Fumar un <b>paquete de tabaco</b> diario	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar de <b>1 a 5 cigarrillos</b> diarios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomarse <b>5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas</b> el fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomar <b>1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas</b> cada día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**P97. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS?** Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total debes poner 12 "X" porque hay 12 filas de cuadritos.

	Difícil o prácticamente imposible	Fácil o muy fácil	No sabes
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

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

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

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

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

Efectos y problemas asociados a <b>drogas legales</b> (tabaco, alcohol, hipnosedantes)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados a <b>drogas ilegales</b> (hachis/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados al <b>mal uso de las nuevas tecnologías</b> (móviles, internet, redes sociales, cyberbullying...)	<input type="checkbox"/> 1
Efectos y problemas asociados al <b>juego on line, apuestas</b>	<input type="checkbox"/> 1
No he recibido información ni se ha tratado en clase ninguno de estos temas	<input type="checkbox"/> 9

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

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

## Juego con dinero

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

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

	En internet (online)	Fuera de internet (presencial)
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
2-3 días a la semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días a la semana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6 o más días a la semana	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**J2. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE JUGASTE DINERO?** Pon sobre las líneas los años que tenías o marca el recuadro correspondiente.

Anota la **edad** que tenías la **primera vez** que **jugaste dinero en internet (online)**: \_\_\_\_\_ AÑOS

☐ 9

Anota la **edad** que tenías la **primera vez** que **jugaste dinero fuera de internet (presencial)**: \_\_\_\_\_ AÑOS

☐ 9

**J3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿EN QUÉ HAS JUGADO DINERO?** Marca una o varias casillas.

	En internet (online)	Fuera de internet (presencial)
Loterías, primitiva, bonoloto, once cupones, juego activo eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Loterías instantáneas (rascas once)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Quinielas de fútbol y/o quiniol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Apuestas deportivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Slots, máquinas de azar/ tragaperras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Juegos de cartas con dinero (póquer, mus, blackjack, punto y banca...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Videojuegos (cajas botín, dinero gastado para mejorar tu posición, tu personaje...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Apuestas en eSports o deportes electrónicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Juegos en salas de juego		<input type="checkbox"/> 1
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**J4. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁL HA SIDO LA MAYOR CANTIDAD DE DINERO QUE TE HAS GASTADO JUGANDO EN UN SOLO DÍA?** Marca una casilla por columna.

	Dinero que he jugado en internet (online)	Dinero que he jugado fuera de internet (presencial)
Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Entre 6 y 30 euros	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Entre 31 y 60 euros	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Entre 61 y 300 euros	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Más de 300 euros	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**Ahora piensa de nuevo sobre jugar dinero en general:**

**J5. ¿ALGUNA VEZ HAS SENTIDO LA NECESIDAD DE APOSTAR MÁS Y MÁS DINERO?** Marca una casilla.

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

J6. ¿ALGUNA VEZ HAS TENIDO QUE MENTIR A GENTE IMPORTANTE PARA TI ACERCA DE CUÁNTO JUEGAS? Marca una casilla.

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

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

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

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

12. **¿CUÁNTAS HORAS DE MEDIA DEDICAS A INTERNET POR DIVERSIÓN EN UN DÍA?** Indica el número de horas en un día en cada casilla. Si no has utilizado internet por diversión marca 0 horas. Como máximo en cada casilla puedes poner 24 horas.

	Número de horas de media en un día en los últimos 30 días
Número de horas de media <b>en un día entre semana</b> (lunes a viernes)	__ __ horas (máximo 24 horas)
Número de horas de media <b>en un día del fin de semana</b> (sábado o domingo)	__ __ horas (máximo 24 horas)

---

### GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Esperamos que hayas encontrado interesantes las preguntas. Por favor, introduce el cuestionario en el sobre y ciérralo antes de entregarlo. Como podrás observar, se mezclará con todos los demás, para que queden garantizados el anonimato y la confidencialidad de tus respuestas.

---