



# ESTUDES 2010

## CUESTIONARIO

NÚMERO DE CUESTIONARIO EN EL AULA ENCUESTADA..... *Rellenar 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, Política Social e Igualdad, las comunidades autónomas, y otras instituciones.

Este centro y esta clase han sido elegidos al azar para participar en la encuesta, por lo que nos gustaría que leyese detenidamente y contestase a las preguntas que se formulan.

Por supuesto, el cuestionario es anónimo. No incluye tu nombre ni datos que permitan identificarte, por lo que te animamos a que seas sincero/a. 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 ni para ningún otro.

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, escuche atentamente las instrucciones dadas por las personas que te ha dado el cuestionario. En las páginas siguientes tienes, además, algunos ejemplos. Esperamos que encuentres interesantes los temas que abordamos. Si tienes alguna duda, por favor, levanta la mano y la persona que te ha entregado el cuestionario se acercará a ti para resolverla.


**MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR COLABORAR EN ESTA ENCUESTA**

# INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN


En este cuestionario hay preguntas de varios tipos :

a) **Preguntas con varias opciones de respuesta en una sola columna. Has de marcar con una "x" una única respuesta.** Por ejemplo:

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

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

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

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

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

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

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

c) **Preguntas agrupadas en tablas, en las que has de marcar con una "X" una única respuesta en cada fila (→) de cuadrillos.** Así en el ejemplo siguiente has de marcar en total tres "X".

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

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

d) **Preguntas que exigen una respuesta numérica, en las que has de anotar un número en las casillas abiertas por arriba**, procurando situar siempre la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ Barcelona \_\_\_\_\_

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

## A CONTINUACIÓN ENTRAMOS EN LAS PREGUNTAS

## PREGUNTAS

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

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

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

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

MES | | | AÑO | | | | |

P3 ¿EN QUE PAÍS NACISTE?

- España .....  1
- Otro país.....  2

No escribir en los cuadrillos sombreados

→ P3A. ¿QUÉ PAÍS? \_\_\_\_\_  
(Escribe el nombre del país)

P4. ¿EN QUÉ PAÍS NACIÓ TU MADRE?

- España .....  1
- Otro país.....  2
- No sabes .....  9

→ P4A. ¿QUÉ PAÍS? \_\_\_\_\_  
(Escribe el nombre del país)

**P5. ¿EN QUÉ PAÍS NACIÓ TU PADRE?**

- España .....  1
- Otro país.....  2
- No sabes .....  9

→ **P5A. ¿QUÉ PAÍS?** \_\_\_\_\_  
 (Escribe el nombre del país)

--	--	--

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

---

--	--	--

**P7. ¿EN QUÉ PROVINCIA ESTÁ ESE MUNICIPIO?**

---

--	--

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

Padre	<input type="checkbox"/> 1
Madre	<input type="checkbox"/> 1
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> 1
Hermanos/ Hermanas	<input type="checkbox"/> 1
Hijos de la pareja de tu padre/ madre	<input type="checkbox"/> 1
Abuelo/ Abuela	<input type="checkbox"/> 1
Otros Familiares	<input type="checkbox"/> 1
Pareja con la que convives (marido, mujer, novio/a, compañero/a, etc)	<input type="checkbox"/> 1
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> 1
Vives en un centro educativo o Institución	<input type="checkbox"/> 1
Vives Sólo /sola	<input type="checkbox"/> 1

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

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

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

	MADRE	PADRE
Sin estudios o estudios primarios sin terminar (menos de 6 años o cursos terminados)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Primarios completos, 6º EGB completo, certificado escolar, 6 años de cursos terminados	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
8º de EGB, Graduado Escolar, Bachillerato elemental, Formación profesional de primer grado, 4 años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
BUP, Bachillerato Superior, COU, Preu, Formación profesional de segundo grado, 5 o más años o cursos de secundaria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Estudios universitarios (ingeniería técnica, magisterio, diplomatura, licenciatura, doctorado)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No sabes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

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

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a pregunta P13**

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

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

P13. ¿HAS REPETIDO CURSO ALGUNA VEZ?

- Sí, un curso .....  1
- Sí, dos o más cursos.....  2
- No.....  0 → **Pasa a pregunta P15**

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

P15. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ADEMÁS DE ESTUDIAR, HAS REALIZADO ALGÚN TRABAJO REMUNERADO, CON O SIN CONTRATO?

- Sí.....  1
- No.....  0

P16. ¿ACTUALMENTE DE CUÁNTO DINERO DISPONES A LA SEMANA PARA TUS GASTOS PERSONALES? *Anotar el número de euros, situando la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.*

|\_\_|\_\_|\_\_| Euros(€)

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

P17. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE?. *Si has salido antes de las 12 de la noche [por ejemplo, a las 10] y has vuelto después de las 12 [por ejemplo, a las 3 de la madrugada], cuéntalo como una única noche.*

- Menos de una noche al mes.....  1
- De 1 a 3 noches al mes .....  2
- 1 noche a la semana .....  3
- 2 noches a la semana.....  4
- 3-4 noches a la semana.....  5
- Mas de 4 noches a la semana .....  6
- Nunca .....  0 → **Pasa a pregunta P19**

P18. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE SALISTE POR LA NOCHE EN FIN DE SEMANA PARA DIVERTIRTE, A QUÉ HORA VOLVISTE A CASA?

- Antes de las 12 de la noche .....  1
- Entre las 12 y la 1 de la noche .....  2
- Entre la 1 y las 2 de la madrugada .....  3
- Entre las 2 y las 3 de la madrugada .....  4
- Entre las 3 y las 4 de la madrugada .....  5
- Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana .....  6
- Después de las 8 de la mañana .....  7

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

**P19. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS FUMADO CIGARRILLOS EN TU VIDA?** *No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona*

- 1 día .....  1 → *Pasa a pregunta P20*
- 2 día .....  2 → *Pasa a pregunta P20*
- 3 días .....  3 → *Pasa a pregunta P20*
- 4-5 días .....  4 → *Pasa a pregunta P20*
- 6-9 días .....  5 → *Pasa a pregunta P20*
- 10-19 días .....  6
- 20-39 días .....  7
- 40 días o más .....  8
- Ningún día (0 días) .....  0 → *Pasa a pregunta P25*

**P19A. ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS FUMADO SEMANALMENTE (TODAS LAS SEMANAS) DURANTE TRES O MÁS MESES SEGUIDOS?**

- Sí .....  1
- No .....  0

**P20. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

- Sí .....  1
- No .....  0 → *Pasa a pregunta P25*

**P21. EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS FUMADO CIGARRILLOS?**

- Menos de un día a la semana .....  1
- Algún día a la semana, pero no diariamente .....  2
- Diariamente .....  3
- Nunca .....  0 → *Pasa a pregunta P25*

**P22. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DÍA, POR TERMINO MEDIO?**

|\_|\_|\_| Cigarrillos

**P23. ¿TE HAS PLANTEADO ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?**

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

**P24 ACTUALMENTE, ¿ESTÁS PENSANDO SERIAMENTE DEJAR DE FUMAR?**

- Sí, he decidido que dejaré de fumar en los próximos 30 días .....  1
- Sí, me gustaría dejar de fumar en los próximos 6 meses .....  2
- No pienso dejar de fumar, al menos en los próximos 6 meses .....  0

**P25. ¿TE MOLESTA QUE OTRAS PERSONAS FUMEN EN UN LUGAR CERRADO ESTANDO TÚ PRESENTE?**

- Mucho .....  1
- Bastante .....  2
- Poco .....  3
- Nada .....  0

**P26. ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA FUMA DIARIAMENTE?**

- Sí .....  1
- No .....  0 → *Pasa a pregunta P28*
- Vives en un centro educativo o institución...  3 → *Pasa a pregunta P28*
- Vives solo/a .....  4 → *Pasa a pregunta P28*

**P27. PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA, SEÑALA SI FUMAN O NO ACTUALMENTE. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner diez "X" porque hay diez filas de cuadrillos. Si en una categoría se engloban varias personas; por ejemplo, "hermanos/as", y unas fuman y otras no, considera que fuman.**

	Fuma a diario	Fuma, pero no a diario	No fuma	No convives
Madre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Padre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Hijos de la pareja de tu padre/madre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Abuelos/abuelas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Otros familiares	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Pareja con la que convives (marido/mujer, novio/a, compañero/a, etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Otras personas no familiares	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**P28. INDICA CON QUÉ FRECUENCIA HAS VISTO FUMAR TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS A PROFESORES/AS, ESTUDIANTES, U OTRAS PERSONAS DENTRO DEL RECINTO DEL CENTRO EDUCATIVO. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos. Considera recinto del centro tanto los edificios y locales cerrados como el patio o espacio exterior cercado o vallado.**

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

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

**P29. ¿HAS TOMADO ALGUNA VEZ EN TU VIDA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?. Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.**

- Sí.....<sub>1</sub>
- No.....<sub>0</sub> → Pasa a pregunta P38

**P30. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS?. Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.**

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

Si no has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses (0 días) → Pasa a pregunta P37

P31. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONDUCIDO UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC) BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?

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

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SÓLO A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**

Si no has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días → Pasa a pregunta P37.

P32. ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS CONSUMIDO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

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

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

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

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

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



**P33. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, POR TÉRMINO MEDIO, ¿QUÉ CANTIDAD DE VASOS, CAÑAS O COPAS DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS TOMASTE EN UN DÍA LABORABLE? ¿Y DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO?. Anota una respuesta numérica en cada grupo de dos casillas abiertas. En total has de anotar 12 respuestas numéricas.**

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

**P34. PENSANDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.**

Bares o pubs	<input type="checkbox"/> 1
Discotecas	<input type="checkbox"/> 1
Hipermercados	<input type="checkbox"/> 1
Supermercados	<input type="checkbox"/> 1
Tiendas, kioscos, bodegas	<input type="checkbox"/> 1
Casa donde vives	<input type="checkbox"/> 1
Casa de otras personas	<input type="checkbox"/> 1
Venta ambulante	<input type="checkbox"/> 1
Internet o venta telefónica	<input type="checkbox"/> 1

**P34A. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR TODOS LOS MODOS EN QUE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?. Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.**

Tú directamente	<input type="checkbox"/> 1
A través de familiares de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas de 18 años o mayores	<input type="checkbox"/> 1
A través de familiares menores de 18 años	<input type="checkbox"/> 1
A través de otras personas menores de 18 años	<input type="checkbox"/> 1
De otra forma	<input type="checkbox"/> 1

**P35. SIGUIENDO CON LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA TODOS LOS LUGARES DONDE HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Pon una "X" en uno o varios cuadrillos.**

Bares o pubs	<input type="checkbox"/> 1
Discotecas	<input type="checkbox"/> 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

**P36. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO CINCO O MÁS VASOS, CAÑAS O COPAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA MISMA OCASIÓN? POR “OCASIÓN” ENTENDEMOS TOMAR LAS BEBIDAS SEGUIDAS O EN UN INTERVALO APROXIMADO DE DOS HORAS. Si bebiste de recipientes distintos a vasos, cañas o copas, calcula el número de estas unidades a partir de la información de la P33.**

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

**P37. ¿CUÁNTOS DÍAS TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Pon una “X” en cada columna (↓); en total has de poner tres “X”, porque hay tres columnas de cuadrícos: En tu vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.**

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

**P38. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS VIAJADO COMO PASAJERO EN UN VEHÍCULO DE MOTOR (COCHE, MOTO, ETC.) CONDUCIDO POR ALGUIEN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?**

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

**P39. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFLEJA MEJOR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE TU PADRE Y DE TU MADRE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? Pon una “X” en cada columna (↓); en total has de poner dos “X”, porque hay dos columnas de cuadrícos.**

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

**LOS TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SON MEDICAMENTOS PARA CALMAR LOS NERVIOS, RELAJARSE, DORMIR MEJOR [Somníferos, sedantes, hipnóticos, benzos, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, etc.]**

**P40. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR?. Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

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

**P41. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO?. Pon una "X" en cada columna ( ); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.**

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

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

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

**P42. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

**P43. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BASE (cocaína en base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?** Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P44. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.

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

P45. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO (gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.

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

P46. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO ÉXTASIS (como pastis, pirulas o como cristal)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadrillos.

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

P47. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO SPEED O ANFETAMINAS (anfetás, metanfetamina, ice)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P48. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P49. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HEROÍNA (caballo, jaco)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

**P50. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO INHALABLES VOLÁTILES (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner tres "X", porque hay tres columnas cuadritos.**

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

**P51. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CANNABIS (también llamado marihuana o hachís) SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

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

**P52. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y COCAÍNA EN POLVO O EN BASE SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?**

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

**P53. PARA CADA COMPORTAMIENTO DE LA SIGUIENTE LISTA, INDICA SI LO HAS HECHO ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y, EN CASO AFIRMATIVO, QUE EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE LO HICISTE. Para cada uno de los 16 comportamientos, pon una "X" en un cuadrado bajo el 'No' o bajo el 'Sí', y, en este último caso, anota la edad en que lo hiciste por primera vez en las casillas abiertas de la misma fila.**

	¿Lo has hecho alguna vez en la vida?		¿A que edad lo hiciste por primera vez? (años)
	No	Sí	
Fumar un <b>CIGARRILLO DE TABACO</b> (Sin considerar como tal el dar unas caladas al cigarro de otra persona)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Fumar <b>CIGARRILLOS DE TABACO DIARIAMENTE</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Tomar una <b>BEBIDA ALCOHÓLICA</b> (Sin considerar como tal el dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Tomar <b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS PRÁCTICAMENTE TODAS LAS SEMANAS</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
<b>EMBORRACHARTE</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Tomar <b>TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Tomar <b>TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR SIN QUE TE LOS RECETARA UN MÉDICO</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>HACHÍS O MARIHUANA</b> (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>BASE</b> (cocaína en base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>COCAÍNA EN POLVO</b> (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO</b> (gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>ÉXTASIS</b> (como pastis, pirulas o como cristal)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>SPEED O ANFETAMINAS</b> (metanfetamina, anfetetas, ice)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>ALUCINÓGENOS</b> (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>HEROÍNA</b> (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _
Consumir <b>INHALABLES VOLÁTILES</b> [cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_ _

**P54. PENSANDO EN LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS CON LOS QUE SALES Y TE RELACIONAS HABITUALMENTE, EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA CUÁNTOS DE ELLOS HAN HECHO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 14 "X" porque hay 14 filas de cuadrillos.**

	Todos	La mayoría	Algunos	Unos pocos	Ninguno
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Emborracharse</b>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir hachís/ marihuana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar tranquilizantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir base (cocaína en base, crack)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir GBH o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir éxtasis	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir speed y anfetaminas (metanfetamina, anfetetas, ice)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir alucinógenos (LSD, tripis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir heroína	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir inhalables volátiles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Inyectarse drogas</b>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0



**P55N. PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, INDICA SI TU LAS HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Para cada una de las sustancias, pon una "X" en un cuadrito bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.**

	¿Has consumido alguna vez en la vida?		¿Has consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		¿Has consumido en los últimos 30 días?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<b>KETAMINA</b> (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>SPICE</b> (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>PIPERAZINAS</b> (incluyen BZP, A2, mCPP)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>MEFEDRONA</b> (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>NEXUS</b> (también llamada 2CB, Afro, Special cake)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>METANFETAMINA</b> (también llamada ice)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>SETAS MÁGICAS</b> (también llamadas hongos alucinógenos)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>RESEARCH CHEMICALS</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>LEGAL HIGHS</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>OTRAS</b> (especificar) (_____)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

**P56N. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS [DE SALUD O DE OTRO TIPO] QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.**

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

Con "habitualmente" queremos decir "aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente".

Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total has de poner 18 "X" porque hay 18 filas de cuadrillos.

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Consumir <b>ketamina</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>ketamina</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>spice</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>spice</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>piperazinas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>piperazinas</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>mefedrona</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>mefedrona</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>nexus</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>nexus</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>metanfetamina</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>metanfetamina</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>setas mágicas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>setas mágicas</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>research chemicals</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>research chemicals</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>legal highs</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Consumir <b>legal highs</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

P57N. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUIERAS?. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 9 "X" porque hay 9 filas de cuadrillos.

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	No sabes
Ketamina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Spice	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Piperazinas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Mefedrona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Nexus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Metanfetamina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Setas mágicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Research chemicals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Legal highs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

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

P58N. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁFICO SIENDO TÚ EL CONDUCTOR DE MOTO O MOTOCICLETA, O DE OTRO VEHÍCULO DE MOTOR?

- Sí.....  1
- No.....  0 → *Pasa a pregunta P57*

P59N. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, MARIHUANA/HACHÍS (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS AL ÚLTIMO ACCIDENTE DE TRÁFICO QUE HAS SUFRIDO SIENDO TÚ EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A MOTOR O LA MOTO O MOTOCICLETA?

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

P57. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS PARTICIPADO EN ALGUNA PELEA O HAS SUFRIDO O REALIZADO ALGUNA AGRESIÓN FÍSICA?

- Sí.....  1
- No.....  0 → *Pasa a pregunta P59*

P58. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, MARIHUANA/HACHÍS (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS A LA ÚLTIMA PELEA O AGRESIÓN FÍSICA EN QUE TE HAS VISTO IMPLICADO?

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

P59. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS RECIBIDO ASISTENCIA MÉDICA O SANITARIA URGENTE?

- Sí.....  1
- No.....  0 → *Pasa a pregunta P61*

P60. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, MARIHUANA/HACHÍS (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS AL ÚLTIMO PROBLEMA QUE MOTIVÓ LA ASISTENCIA MÉDICA O SANITARIA URGENTE?

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

P61. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS SIDO DETENIDO POR LA POLICÍA O LA GUARDIA CIVIL?

- Sí..... 1
- No..... 0 → **Pasa a pregunta 63**

P62. ¿HABÍAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, MARIHUANA/HACHÍS (cannabis) O COCAÍNA EN LAS 2 HORAS PREVIAS A LA ÚLTIMA DETENCIÓN POR LA POLICÍA O GUARDIA CIVIL?

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

P63. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES?. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner cuatro "X" porque hay cuatro filas de cuadrillos.

	Sí	No
Tener un conflicto o discusión importante con padres o hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Sufrir un robo o atraco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Escapar de casa durante más de un día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Haber sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

P64. SI QUISIERAS FUMAR TABACO, ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA FUMES, ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES?. Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas de cuadrillos.

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

P65. SI QUISIERAS TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ¿TUS PADRES TE PERMITIRÍAN HACERLO? O, EN CASO DE QUE YA LAS TOMES, ¿TE LO PERMITEN TUS PADRES?. Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadrillos.

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

P66. ¿CÓMO SON LAS RELACIONES QUE MANTIENES CON TUS PADRES?. Pon una "X" en cada columna (↓); en total has de poner dos "X", porque hay dos columnas cuadrillos.

	Madre	Padre
Muy malas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Bastante malas	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Regulares	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Bastante buenas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Muy buenas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

**P67. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE APLICAN A TI LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner seis "X" porque hay seis filas de cuadrillos.**

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

**P68. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS [DE SALUD O DE OTRO TIPO] QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS.**

*Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 25 "X" porque hay 25 filas de cuadrillos.*

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

*Con "habitualmente" queremos decir "aproximadamente una vez por semana o más frecuentemente".*

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Fumar <b>tabaco</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar un <b>paquete de tabaco</b> diario	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas el fin de semana</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tomar <b>1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>tranquilizantes/pastillas para dormir</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>tranquilizantes/pastillas para dormir</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>hachís/marihuana (cannabis)</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>hachís/marihuana (cannabis)</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>base</b> (cocaína en base/crack) alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Fumar <b>base</b> (cocaína en base/crack) habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Consumir <b>cocaína en polvo</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>cocaína en polvo</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>GBH o éxtasis líquido</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>GBH o éxtasis líquido</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>éxtasis</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>éxtasis</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>speed o anfetaminas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>speed o anfetaminas</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>alucinógenos</b> (LSD, tripis o setas mágicas) alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>alucinógenos</b> (LSD, tripis o setas mágicas) habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>heroína</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Consumir <b>heroína</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Inyectarse drogas</b> alguna vez	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>Inyectarse drogas</b> habitualmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

**P69. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS?.**

*Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.*

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

**EN LAS PREGUNTAS SIGUIENTES (P71 HASTA P74) RECUERDA QUE EL TÉRMINO DROGA TAMBIÉN SE APLICA A TABACO Y A ALCOHOL**

**P70. ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL TEMA DE LAS DROGAS?**

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

**P71. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS HAS RECIBIDO, PRINCIPALMENTE, INFORMACIÓN SOBRE DROGAS? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.**

- Madre .....  01
- Padre .....  02
- Pareja de mi padre o de mi madre .....  03
- Hermanos/hermanas .....  04
- Hijos/as de la pareja de mi padre o de mi madre .....  05
- Otros familiares .....  06
- Amigos/as .....  07
- Profesores .....  08
- Profesionales sanitarios .....  09
- Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías, ...) .....  10
- Medios de comunicación (TV, prensa, radio) .....  11
- Charlas o cursos sobre el tema .....  12
- Personas que han tenido contacto con ellas .....  13
- Libros y/o folletos .....  14
- Internet .....  15
- Otras ¿Cuáles? ( \_\_\_\_\_ ) .....  16
- Por ninguna .....  00

**P72. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS CREES QUE PODRÍAS RECIBIR UNA INFORMACIÓN MEJOR Y MÁS OBJETIVA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO? Puedes marcar varias vías. Señala las principales.**

- Madre .....  01
- Padre .....  02
- Pareja de mi padre o de mi madre.....  03
- Hermanos/hermanas .....  04
- Hijos/as de la pareja de mi padre o de mi madre .....  05
- Otros familiares .....  06
- Amigos/as .....  07
- Profesores.....  08
- Profesionales sanitarios.....  09
- Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías, ...).....  10
- Medios de comunicación (TV, prensa, radio) .....  11
- Charlas o cursos sobre el tema .....  12
- Personas que han tenido contacto con ellas .....  13
- Libros y/o folletos .....  14
- Internet.....  15
- Otras ¿Cuáles? ( \_\_\_\_\_ )  16
- Por ninguna.....  00

**P73. ¿EN TU ACTUAL INSTITUTO / CENTRO EDUCATIVO, HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HA TRATADO EN CLASE EL TEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?**

- Sí.....  1
- No.....  0

**P74. ¿TE HA PREGUNTADO EL MÉDICO ALGUNA VEZ EN TU VIDA POR EL CONSUMO DE TABACO, DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE OTRAS DROGAS?. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total has de poner tres "X" porque hay tres filas de cuadrillos.**

	Sí	No	No sabes o no te ha visto un médico
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Otras drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**AUNQUE ANTES YA HAS CONTESTADO A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL USO DE (HACHÍS O MARIHUANA) (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) (P42), NECESITAMOS VOLVER A PREGUNTARTE ALGUNAS COSAS SOBRE ESTAS SUSTANCIAS EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES**

**P77. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?**

- Sí.....  1
- No.....  0 → **Pasa a pregunta P89**

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

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

**P78. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?. Pon una 'X' en un cuadrito de cada fila. En total has de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadritos.**

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado cannabis <u>antes del mediodía</u> ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
¿Has fumado cannabis <u>estando solo/a</u> ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
¿Has tenido <u>problemas de memoria</u> al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
¿Te han dicho <u>los amigos o miembros</u> de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis <u>sin conseguirlo</u> ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
¿Has tenido <u>problemas</u> debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado, etc.)? ¿Cuáles?: /...../	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**P78A. SIGUIENDO LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN DICHO PERÍODO??. Pon una 'X' en un cuadrito de cada fila. En total has de poner 4 "X", porque hay 4 filas de cuadritos.**

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/ Casi siempre
¿Has pensado que no podías <u>controlar tu consumo</u> de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
¿Te ha preocupado o <u>puesto nervioso/a</u> la posibilidad de que te pudiera <u>faltar</u> un canuto, porro?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
¿Te has sentido <u>preocupado/a por tu consumo</u> de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
¿Has deseado <u>poder dejarlo</u> ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**P78B. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir cannabis?.**

Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>



**P78C. A CONTINUACIÓN NOS REFERIMOS A COSAS QUE HAN PODIDO PASAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES (es decir desde hace un año hasta ahora). Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 19 "X", porque hay 19 filas de cuadrillos.**

**DURANTE ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES**

	No	Sí	Sí, más de una vez
1. ¿Has tenido <u>problemas</u> importantes relacionados con el consumo de cannabis en el instituto/colegio o en el trabajo (p.ej. faltas o malos resultados en los estudios o trabajo, expulsión del colegio)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
2. ¿Has estado bajo la influencia de cannabis en <u>situaciones de riesgo</u> de lesionarte, como conduciendo una moto, bicicleta u otro vehículo, o manejando maquinaria pesada?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
3. ¿Te has <u>herido accidentalmente</u> después de haber consumido cannabis (p.ej un accidente, una caída fuerte)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
4. ¿Has tenido problemas con la <u>ley</u> relacionados con el consumo de cannabis, p.ej. por posesión de drogas, por robar para conseguirlo o por conducir bajo la influencia de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
5. ¿Tu familia o amigos te han hecho <u>reproches</u> por tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
6. ¿Alguna de tus relaciones de pareja ha terminado por tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
7. ¿Has tenido dificultades <u>económicas</u> por tu consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
8. ¿Has <u>agredido</u> o herido a alguien mientras estabas bajo los efectos del cannabis?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
9. ¿Has tenido la impresión de que has <u>aumentado tu consumo</u> de cannabis para alcanzar el mismo efecto que antes o piensas que la misma cantidad produce menos efecto que antes?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
10. Si has consumido cannabis en <u>cantidades inferiores</u> a las habituales o has dejado de consumirlo, ¿has sufrido insomnio, sudoración, temblores, palpitaciones, ataques de pánico, irritabilidad, o bajo estado de ánimo?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
10.1 ¿Has consumido alguna vez cannabis para evitar este tipo de problemas?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
11. ¿Has consumido cannabis en <u>mayor cantidad</u> o durante más tiempo de lo que tenías intención?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
12. ¿Has intentado, sin conseguirlo, <u>reducir</u> el consumo de cannabis o abandonarlo, o has tenido el deseo persistente de dejar de consumirlo?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
13. ¿Has dedicado mucho <u>tiempo</u> a conseguir cannabis, a su consumo o a recuperarte de sus efectos?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
14. ¿Redujiste o <u>abandonaste</u> cosas importantes por causa del cannabis, como por ejemplo tu actividad deportiva, el instituto, el trabajo o los encuentros con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
15. ¿Has tenido <u>problemas de salud</u> relacionados con el consumo de cannabis (p.ej. tos persistente, problemas de circulación, infecciones, esguinces u otras lesiones)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
15.1 ¿Has continuado consumiendo cannabis a pesar de estos problemas?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
16. ¿Has sufrido algún tipo de <u>problemas emocionales</u> o psíquicos relacionados con el consumo de cannabis (p.ej. falta de interés por todo, decaimiento, desconfianza frente a otras personas, sensación de que te perseguían o de que tenías ideas raras)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
16.1 ¿Has continuado consumiendo cannabis a pesar de estos problemas?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**P79. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HAS INICIADO ALGÚN TRATAMIENTO PARA DEJAR O REDUCIR EL CONSUMO DE HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?**

- Sí.....<sub>1</sub>
- No.....<sub>0</sub>

**P80. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?**

- Sí.....<sub>1</sub>
- No.....<sub>0</sub> → **Pasa a pregunta P89**



P81. ¿PODRÍAS ANOTAR CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

Nº de días |\_\_|\_\_|

P82. Y EN ESTOS ÚLTIMOS 30 DÍAS POR TÉRMINO MEDIO ¿CUÁNTOS PORROS, CANUTOS O PIPAS DE HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) HAS FUMADO CADA DÍA QUE HAS CONSUMIDO ESTAS DROGAS?

Nº medio de porros, canutos o pipas cada día |\_\_|\_\_|

**AHORA NOS GUSTARÍA QUE CONTESTASES A LAS ÚLTIMAS PREGUNTAS**

P89. SI HUBIERAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS Ó MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís), ¿CREES QUE LO HABRÍAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?

- Ya he dicho que he consumido.....  4
- Por supuesto que sí .....  3
- Probablemente sí .....  2
- Probablemente no .....  1
- Por supuesto que no .....  0

P90. SI HUBIERAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HEROÍNA, ¿CREES QUE LO HABRÍAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?

- Ya he dicho que he consumido.....  4
- Por supuesto que sí .....  3
- Probablemente sí .....  2
- Probablemente no .....  1
- Por supuesto que no .....  0

P91. POR ÚLTIMO, NOS GUSTARÍA QUE HICIERAS SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL CUESTIONARIO

(Por ejemplo: la pregunta número X no se entiende bien; me parece un cuestionario demasiado extenso; echo en falta alguna pregunta sobre un determinado tema, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

Esperamos que hayas encontrado interesantes las preguntas. Por favor, espera a que vengan a recoger el cuestionario. Como podrás observar, se introducirá en un sobre con todos los demás, para que queden garantizados el anonimato y la confidencialidad de tus respuestas.