

NO CUMPLIMENTAR. A RELLENAR POR EL ENCUESTADOR

/ ____ / ____ / ____ / -- / ____ / -- / ____ /

/ ____ / ____ / ____ / ____ /



The European School Survey Project on
Alcohol and Other Drugs
Encuesta Europea en Estudiantes
sobre Alcohol y otras Drogas
www.espad.org

Encuesta Europea en Estudiantes sobre Alcohol y otras Drogas

2024

¡Lee esto primero, por favor!

Este cuestionario es parte de un estudio internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes europeos. Lo contestarán más de 100.000 estudiantes de más de 35 países. Este estudio se llama ESPAD.

Este cuestionario es totalmente anónimo. No debes poner tu nombre ni ninguna otra información que te pueda identificar. Debes entregar el cuestionario al encuestador. El encuestador recogerá los cuestionarios y los juntará con el resto de cuestionario una vez lo hayas rellenado.

Tu clase ha sido seleccionada aleatoriamente para participar en este estudio. En España esta encuesta la realiza Psyma Iberica Marketing Research S.L. La participación es voluntaria. Si por alguna razón hay alguna pregunta que no quieras contestar, déjala en blanco. Es muy importante que tus respuestas sean lo más sinceras y serias posibles. Los resultados no se van a presentar por clases individuales ni colegios y recuerda que tus respuestas son totalmente anónimas.

Por favor, marca la respuesta para cada pregunta poniendo una "X" en la casilla correspondiente. Si no encuentras una respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú quieras contestar, marca la respuesta que se aproxime más. Si tienes cualquier duda, levanta la mano y el encuestador te ayudará.

¡Gracias de antemano por tu colaboración! Por favor comienza la encuesta.



psyma



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

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

C01

¿Cuál es tu sexo?

- 1 Hombre
 2 Mujer

001

¿Con qué género te identificas actualmente?

- 1 Hombre
 2 Mujer
 3 Otro
 4 Prefiero no contestar

C02

¿Cuándo naciste?

Año [C02a]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes [OC02b]	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Marca 01 para enero, 02 para febrero, ...12 para diciembre)
------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

OC02c ¿En qué país naciste?

	Marca una casilla	España	Marruecos	Rumanía	Venezuela	Colombia	Ucrania	Otro país
OC02c	País de nacimiento	<input type="checkbox"/>						

724 504 642 862 170 804 999

OC02d ¿Desde cuándo vives en España?

	Marca una casilla.	Básicamente, desde que nací	Desde hace más de 10 años	Desde hace 5-10 años	Desde hace 2-5 años	Desde hace 2 años o menos
OC02d	Cuántos años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5

C03

¿Con cuánta frecuencia haces alguna de las siguientes actividades?

	Marca una casilla por cada línea	Nunca	Pocas veces al año	Una a dos veces al mes	Al menos una vez por semana	Casi todos los días
C03a	Juego a juegos de ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03b	Participo activamente en deportes, atletismo o hago ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03c	Leo libros como diversión (sin tener en cuenta los libros del colegio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03d	Salgo por las noches (a una discoteca, a un bar, a una fiesta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03e	Otros hobbies (toco un instrumento, canto, pinto, escribo etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03f	Quedo con amigos para divertirme en centros comerciales, en la calle, en un parque, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5

C04 Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿Cuántos días has faltado a clase por alguna de las siguientes razones?

Marca una casilla por cada línea.

	Nunca	1 día	2 días	3-4 días	5-6 días	7 días o más
C04a Por enfermedad	<input type="checkbox"/>					
C04b Porque no te apetecía ir	<input type="checkbox"/>					
C04c Por otras razones	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco (cigarrillos tradicionales, cigarrillos de liar, puros) SIN INCLUIR los productos digitales y alternativos para fumar (cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado, pipas de agua, rapé húmedo, etc.)

C05 ¿Qué dificultad crees que tendrías para conseguir cigarrillos (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar) si quisieras?1 Imposible2 Muy difícil3 Bastante difícil4 Bastante fácil5 Muy fácil6 No sé**C06 ¿Has fumado alguna vez cigarrillos (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)?**1 Sí, en los últimos 30 días2 Sí, en los últimos 12 meses, pero no en los últimos 30 días3 Sí, hace más de 12 meses4 Nunca**C07 ¿Cuántas veces en LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS has fumado cigarrillos (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)?**1 Nunca2 Menos de 1 cigarrillo a la semana3 Menos de 1 cigarrillo al día4 1-5 cigarrillos al día5 6-10 cigarrillos al día6 11-20 cigarrillos al día7 Más de 20 cigarrillos al día

C08 ¿A qué edad hiciste por PRIMERA VEZ cada una de las siguientes cosas?

	Marca una casilla por cada línea.	Nunca	9 años o menos	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años o mayor
C08a	Fumar tu primer cigarrillo (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)	<input type="checkbox"/>								
C08b	Fumar cigarrillos diariamente (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)	<input type="checkbox"/>								

1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Las siguientes preguntas se refieren a los productos digitales y alternativos para fumar:
Cigarrillos electrónicos (incluidos e-cigs, vaps y mods), pipas de agua (shisha), rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) y productos de tabaco calentado (PTC).**

C09 ¿Qué dificultad crees que tendrías para conseguir los siguientes productos si quisieras?

	Marca una casilla por cada línea.	Imposible	Muy difícil	Bastante difícil	Bastante fácil	Muy fácil	No sé
C09a	Cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>					
C09b	Pipas de agua (cachimba, shisha)	<input type="checkbox"/>					
OC09c	Rapé húmedo (snus, tabaco sin humo)	<input type="checkbox"/>					
OC09d	Productos de tabaco calentado (PTC)	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6

C10 ¿Has usado alguna vez cigarrillos electrónicos?

- 1 Sí, en los últimos 30 días
- 2 Sí, en los últimos 12 meses, pero no en los últimos 30 días
- 3 Sí, hace más de 12 meses
- 4 Nunca

C11 ¿Cuántas veces has usado cigarrillos electrónicos en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- 1 Nunca
- 2 Menos de una vez por semana
- 3 Al menos una vez por semana
- 4 Casi todos los días o diariamente

C12 Si has usado cigarrillos electrónicos en los ÚLTIMOS 30 días, ¿Qué contenían?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

C12a	1 <input type="checkbox"/> No he usado cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días
C12b	1 <input type="checkbox"/> Nicotina
C12c	1 <input type="checkbox"/> Saborizante
C12d	1 <input type="checkbox"/> CBD
C12e	1 <input type="checkbox"/> THC
C12f	1 <input type="checkbox"/> No sé

C13 ¿A qué edad hiciste por PRIMERA VEZ cada una de las siguientes cosas?

	Marca una casilla por cada línea.	Nunca	9 años o menos	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años o mayor
C13a	Usar tu primer cigarrillo electrónico	<input type="checkbox"/>								
C13b	Usar cigarrillos electrónicos diariamente	<input type="checkbox"/>								

C14 Cuando probaste por primera vez los cigarrillos electrónicos, ¿cuál era tu consumo de tabaco tradicional?

- 1 Nunca he probado los cigarrillos electrónicos
- 2 Nunca había fumado tabaco tradicional
- 3 Fumaba tabaco tradicional ocasionalmente
- 4 Fumaba tabaco tradicional habitualmente

O02 ¿Por qué probaste los cigarrillos electrónicos por primera vez?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

O02a	1 <input type="checkbox"/>	Nunca he probado los cigarrillos electrónicos
O02b	1 <input type="checkbox"/>	Para dejar de fumar tabaco
O02c	1 <input type="checkbox"/>	Por curiosidad
O02d	1 <input type="checkbox"/>	Porque mis amigos/ otras personas me ofrecieron un cigarrillo electrónico
O02e	1 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las razones anteriores

O03 La primera vez que probaste los cigarrillos electrónicos ¿Qué contenía tu cigarrillo electrónico?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

O03a	1 <input type="checkbox"/>	Nunca he probado los cigarrillos electrónicos
O03b	1 <input type="checkbox"/>	Nicotina
O03c	1 <input type="checkbox"/>	Saborizante
O03d	1 <input type="checkbox"/>	CBD
O03e	1 <input type="checkbox"/>	THC
O03f	1 <input type="checkbox"/>	No lo sé

C15 ¿Has utilizado alguna vez los siguientes productos digitales y alternativos para fumar?

	Marca una casilla por cada línea.	Sí, en los últimos 30 días	Sí, en los últimos 12 meses, pero no en los últimos 30 días	Sí, hace más de 12 meses	Nunca
C15a	Pipas de agua (cachimba, shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15b	Rapé húmedo (snus, tabaco sin humo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15c	Productos de tabaco calentado (PTC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC15d	Bolsitas de nicotina (nicotine pouches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son sobre bebidas alcohólicas – incluyendo cerveza, sidra, vino, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores...

C16 ¿Qué dificultad piensas que tendrías para conseguir cada una de las siguientes bebidas si quisieras?

Marca una casilla por cada línea.

Imposible Muy difícil Bastante difícil Bastante fácil Muy fácil No sabes

C16a	Cerveza	<input type="checkbox"/>					
OC16b	Sidra	<input type="checkbox"/>					
OC16c	Bebidas alcohólicas premezcladas	<input type="checkbox"/>					
C16d	Vino	<input type="checkbox"/>					
C16e	Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores...	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6

C17 ¿Cuántas veces has tomado bebidas alcohólicas?

Marca una casilla por cada línea.

Número de veces

0 1-2 3-5 6-9 10-19 20-39 40 o más

C17a	En tu vida	<input type="checkbox"/>					
C17b	En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>					
C17c	En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6 7

C18 En los ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿Cuántas veces has tomado alguna de las siguientes bebidas alcohólicas?

Marca una casilla por cada línea.

Número de veces

0 1-2 3-5 6-9 10-19 20-39 40 o más

C18a	Cerveza	<input type="checkbox"/>					
OC18b	Sidra	<input type="checkbox"/>					
OC18c	Bebidas alcohólicas premezcladas	<input type="checkbox"/>					
C18d	Vino	<input type="checkbox"/>					
C18e	Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6 7

C19 Pensando en los ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿Cuántas veces has tomado 5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión? Considera 1 bebida alcohólica: 1 caña de cerveza, 1 vaso de vino, medio vaso de combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka o tequila, o un chupito de whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licores.

1 Nunca

2 1

3 2

4 3-5

5 6-9

6 10 o más veces

005

¿Cómo consigues normalmente las bebidas alcohólicas?

1 Las compro en una tienda, o en una licorería

2 Compro alcohol de contrabando o licor casero

3 Las consigo o compro a otros jóvenes

4 Mis padres me dan o me compran bebidas alcohólicas

5 Mis hermanos me dan o me compran bebidas alcohólicas

6 Tomo bebidas alcohólicas en casa sin control por parte de mis padres

7 Otros adultos me dan o me compran bebidas alcohólicas

8 Las compro en pubs, bares, etc.

9 De otra forma

Las siguientes preguntas son también sobre bebidas alcohólicas

C20

¿Cuántas veces por tomar bebidas alcohólicas has tenido sensación de inestabilidad al andar, dificultad para hablar, vomitar o no recordar lo que pasó?

Número de veces

Marca una casilla por cada línea.

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más
	1	2	3	4	5	6	7
C20a En tu vida	<input type="checkbox"/>						
C20b En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>						
C20c En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

C21 ¿A qué edad hiciste por PRIMERA VEZ cada una de las siguientes cosas?

Marca una casilla por cada línea.

Nunca 9 años o menos 10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años o mayor

C21a Tomar bebidas alcohólicas (al menos un vaso)	<input type="checkbox"/>								
C21b Emborracharte	<input type="checkbox"/>								

C22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, cuántas veces has bebido...

Marca una casilla por cada línea.

Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre

C22a porque ayuda a pasártelo bien en una fiesta?	<input type="checkbox"/>				
C22b porque ayuda cuando te sientes deprimido o nervioso?	<input type="checkbox"/>				
C22c para animarte cuando estás de mal humor?	<input type="checkbox"/>				
C22d porque te gusta cómo te sientes?	<input type="checkbox"/>				
C22e para colocarte?	<input type="checkbox"/>				
C22f porque hace que las reuniones sociales sean más divertidas?	<input type="checkbox"/>				
C22g para encajar en grupo de gente?	<input type="checkbox"/>				
C22h porque mejora las fiestas y celebraciones?	<input type="checkbox"/>				
C22i para olvidar tus problemas?	<input type="checkbox"/>				
C22j porque es divertido?	<input type="checkbox"/>				
C22k para gustar a otros?	<input type="checkbox"/>				
C22l para no sentirte excluido?	<input type="checkbox"/>				

1 2 3 4 5

Los tranquilizantes y sedantes, tales como Trankimazin®, Rohipnol®, Tranxilium®, diacepam, Valium®, barbitúricos, Lexatin®, Orfidal®, Noctamid®, benzodiacepinas, zolpidem, Stilnox®, así como los analgésicos opioides, son recetados a veces por los médicos para ayudar a la gente a tranquilizarse, para poder dormir o relajarse. En principio en las farmacias no se pueden comprar sin receta médica.

C23 ¿Ha tomado alguna vez uno o más de los siguientes medicamentos porque te lo ha indicado un médico?

	Marca una casilla por cada línea.	No, nunca	Sí, pero durante menos de 3 semanas	Sí, durante 3 semanas o más
C23a	Tranquilizantes o sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC23b	Medicamentos para mejorar la atención o la hiperactividad (Concerta®, Rubifen®...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

C24 ¿En cuántas ocasiones a lo largo de tu vida has consumido alguno de los siguientes medicamentos sin receta médica?

	Marca una casilla por cada línea.	0	1-2	3 o más
C24a	Tranquilizantes o sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24b	Aolgésicos opioides para colocarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC24c	Medicamentos para mejorar la atención o la hiperactividad (Concerta®, Rubifen®...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

Las siguientes preguntas se refieren a tu bienestar

C25 Por favor, indica para cada una de las cinco afirmaciones cuál es la que más se aproxima a cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	Marca una casilla por cada línea.	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	A veces	Nunca
C25a	Me he sentido alegre y de buen humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25b	Me he sentido tranquilo y relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25c	Me he sentido activo y vigoroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25d	Me he levantado fresco y descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25e	Mi vida diaria ha estado llena de cosas que me interesan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5 6

Las siguientes preguntas son sobre cannabis, marihuana o hachís (hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)

C26 ¿Qué dificultad crees que tendrías para conseguir cannabis si tú quisieras?

1 Imposible

2 Muy difícil

3 Bastante difícil

4 Bastante fácil

5 Muy fácil

6 No sé

C27 ¿Cuántas veces has consumido cannabis?

Marca una casilla por cada línea.

		Número de veces						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más
		1	2	3	4	5	6	7
C27a	En tu vida	<input type="checkbox"/>						
C27b	En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>						
C27c	En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

C28 ¿A qué edad probaste por primera vez cannabis?

1 Nunca

2 9 años o menos

3 10 años

4 11 años

5 12 años

6 13 años

7 14 años

8 15 años

9 16 años o mayor

009 ¿Has tenido alguna vez la posibilidad de probar cannabis y no lo has probado?

1 No

2 Una o dos veces

3 3 veces o más

C29 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has consumido los siguientes tipos de cannabis?

Marca una casilla por cada línea.

Nunca

Raramente

A menudo

C29a	Cannabis mezclado con tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29b	Hachís (resina de cannabis, chocolate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29c	Marihuana (hierba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29d	Aceite de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29e	Productos comestibles a base de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC29f	Líquidos electrónicos a base de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

C30 ¿Has consumido cannabis en los ÚLTIMOS 12 MESES?

1 No

2 Sí → ¿Te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES?

	Marca una casilla por cada línea.	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
		1	2	3	4	5
C30a	¿Has fumado cannabis antes del mediodía?	<input type="checkbox"/>				
C30b	¿Has fumado cannabis estando solo/a?	<input type="checkbox"/>				
C30c	¿Has tenido problemas de memoria después de fumar cannabis?	<input type="checkbox"/>				
C30d	¿Te han dicho los amigos o familiares que deberías reducir el consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/>				
C30e	¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	<input type="checkbox"/>				
C30f	¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)	<input type="checkbox"/>				

Las siguientes preguntas son sobre otras drogas

C31 ¿Qué dificultad crees que tendrías para conseguir cada una de las siguientes sustancias si tú quisieras?

Marca una casilla por cada línea.

Imposible Muy difícil Bastante difícil Bastante fácil Muy fácil No sabes

C31a	Anfetaminas	<input type="checkbox"/>					
C31b	Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>					
C31c	Tranquilizantes o sedantes sin receta médica	<input type="checkbox"/>					
C31d	Éxtasis/MDMA	<input type="checkbox"/>					
C31e	Cocaína polvo	<input type="checkbox"/>					
OC31f	Cocaína base (crack)	<input type="checkbox"/>					
		1	2	3	4	5	6

C32a ¿Cuántas veces has consumido...?

Marca una casilla por cada línea.

Número de veces

0 1-2 3 o más

C32aa	Éxtasis/MDMA en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32ab	Éxtasis/MDMA en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32ac	Anfetaminas en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32ad	Anfetaminas en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32ae	Metanfetaminas en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32af	Metanfetaminas en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32ag	Cannabinoides sintéticos en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32ai	Catínonas sintéticas en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32ak	Opioides sintéticos en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC32am	Óxido nitroso en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C32b ¿Cuántas veces has consumido...?

Marca una casilla por cada línea.

		Número de veces		
		0	1-2	3 o más
C32ba	Cocaína polvo en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32bb	Cocaína polvo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32bc	Cocaína base (Crack) en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32bd	Cocaína base (Crack) en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32be	Heroína en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32bf	Heroína en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C33 ¿Cuántas veces has usado inhalables volátiles (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina) para colocarte?

Marca una casilla por cada línea.

		Número de veces		
		0	1-2	3 o más
C33a	En tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33b	En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33c	En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C34 ¿Cuántas veces en tu vida has consumido alguna de las siguientes sustancias?

Marca una casilla por cada línea.

		Número de veces		
		0	1-2	3 o más
C34a	LSD u otros alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34b	Setas mágicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34c	GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34d	RBN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34e	Drogas inyectadas con aguja (como heroína, cocaína, anfetaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC34f	Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

C35 ¿Cuántas veces en tu vida has consumido alguna de las siguientes sustancias?

Marca una casilla por cada línea.

		Número de veces		
		0	1-2	3 o más
C35a	Alcohol junto con pastillas (medicamentos) para colocarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35b	Esteroides anabolizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

O10 ¿A qué edad hiciste por PRIMERA VEZ cada una de las siguientes cosas?

	Marca una casilla por cada línea.								
	Nunca	9 años o menos	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años o mayor
O10a	Probar tranquilizantes o sedantes sin receta médica	<input type="checkbox"/>							
O10b	Probar anfetaminas o metanfetaminas	<input type="checkbox"/>							
O10c	Probar cocaína polvo o base (crack)	<input type="checkbox"/>							
O10d	Probar éxtasis/MDMA	<input type="checkbox"/>							
O10e	Probar inhalables volátiles (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitratos, gasolina) para colocarte	<input type="checkbox"/>							
O10f	Probar alcohol junto con pastillas (medicamentos) para colocarte	<input type="checkbox"/>							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Las siguientes preguntas son sobre nuevas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales como cannabis o éxtasis. Estas nuevas sustancias llamadas (legal highs, research chemicals, keta, spice, miau miau, flakka, superman...) se pueden presentar en distintas formas tales como mezclas de hierbas, polvos, cristales, comprimidos o inciensos.

C36 ¿Cuántas veces has usado estas nuevas sustancias psicoactivas?

	Marca una casilla por cada línea.	Número de veces			
		0	1 - 2	3 o más	No sé/ no estoy seguro
C36a	En tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36b	En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

Las siguientes preguntas son sobre varias sustancias

C37 ¿Cuánto RIESGO (físico o de otro tipo) crees que tiene una persona si...?

	Marca una casilla por cada línea.	Ningún riesgo	Un riesgo pequeño	Un riesgo moderado	Un gran riesgo	No lo sé
		<input type="checkbox"/>				
C37a	Fuma cigarrillos ocasionalmente	<input type="checkbox"/>				
C37b	Fuma 1 o más paquetes de cigarrillos al día	<input type="checkbox"/>				
C37c	Prueba cigarrillos electrónicos una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
C37d	Usa cigarrillos electrónicos diariamente	<input type="checkbox"/>				
C37e	Toma una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días	<input type="checkbox"/>				
C37f	Toma cuatro o cinco bebidas alcohólicas casi todos los días	<input type="checkbox"/>				
C37g	Toma cinco o más bebidas alcohólicas en una ocasión casi todos los fines de semana	<input type="checkbox"/>				
OC37h	Usa rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) ocasionalmente	<input type="checkbox"/>				
OC37i	Usa rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) habitualmente	<input type="checkbox"/>				
OC37j	Usa productos de tabaco calentado (PTC) ocasionalmente	<input type="checkbox"/>				
OC37k	Usa productos de tabaco calentado (PTC) habitualmente	<input type="checkbox"/>				
OC37l	Usa bebidas energéticas ocasionalmente	<input type="checkbox"/>				
OC37m	Usa bebidas energéticas habitualmente	<input type="checkbox"/>				

		1	2	3	4	5
C38	De nuevo, ¿Cuánto RIESGO (físico o de otro tipo) crees que tiene una persona si...?...	Ningún riesgo	Un riesgo pequeño	Un riesgo moderado	Un gran riesgo	No lo sé
	Marca una casilla por cada línea.					
C38a	Prueba cannabis una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
C38b	Fuma cannabis ocasionalmente	<input type="checkbox"/>				
C38c	Fuma cannabis habitualmente	<input type="checkbox"/>				
C38d	Prueba éxtasis/MDMA una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
OC38e	Toma éxtasis/MDMA habitualmente	<input type="checkbox"/>				
C38f	Prueba anfetaminas (speed) una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
OC38g	Toma anfetaminas (speed) habitualmente	<input type="checkbox"/>				
C38h	Prueba cannabinoides sintéticos una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
OC38j	Prueba catinonas sintéticas una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
OC38l	Prueba opioides sintéticos una o dos veces	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre redes sociales

C39 ¿En qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la comunicación en las redes sociales a través de internet? (Usando por ejemplo WhatsApp, Tik Tok, Instagram, Facebook, Blogs, Snapchat, Skype, Twitter, Hangouts, etc.)

	Marca una casilla por cada línea.	Muy de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo
C39a	Creo que paso demasiado tiempo en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39b	Me pongo de mal humor cuando no puedo dedicarle tiempo a las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39c	Mis padres dicen que paso demasiado tiempo en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre videojuegos

C40 Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántas horas has jugado a videojuegos (de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.) usando un ordenador, una tablet, una consola, un smartphone u otro dispositivo electrónico?

	Marca una casilla por cada línea.	Ninguna	Media hora o menos	Alrededor de 1 hora	De 2 a 3 horas	De 4 a 5 horas	6 horas o más
C40a	Durante un día de colegio	<input type="checkbox"/>					
C40b	Durante un día sin colegio (un día del fin de semana o de las vacaciones)	<input type="checkbox"/>					
		1	2	3	4	5	6

C41 Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuántos días has jugado a videojuegos (de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.) usando un ordenador, una tablet, una consola, un smartphone u otro dispositivo electrónico?

1 Ningún día

2 1 día

3 2 días

4 3 días

5 4 días

6 5 días

7 6 días

8 7 días

C42 ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre los videojuegos en un ordenador, una Tablet, una consola, un smartphone u otro dispositivo electrónico?

Marca una casilla por cada línea.

Muy de acuerdo

Parcialmente de acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Parcialmente en desacuerdo

Muy en desacuerdo

C42a	Creo que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos	<input type="checkbox"/>				
C42b	Me pongo de mal humor cuando no puedo jugar a videojuegos	<input type="checkbox"/>				
C42c	Mis padres dicen que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos	<input type="checkbox"/>				

1

2

3

4

5

Las siguientes preguntas son sobre JUGAR DINERO (máquinas tragaperras, juegos de cartas o dados, loterías, apuestas deportivas, etc.) tanto EN INTERNET (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) como FUERA DE INTERNET o PRESENCIALMENTE (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)

C43 ¿Con qué frecuencia has jugado dinero en los ÚLTIMOS 12 MESES?

1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses

2 Una vez al mes o menos frecuentemente

3 2-4 veces al mes

4 2-3 veces o más a la semana

C44 ¿Cuánto tiempo estuviste jugando dinero en un DÍA CUALQUIERA en los ÚLTIMOS 12 MESES?

1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses

2 Menos de 30 minutos

3 Entre 30 minutos y 1 hora

4 Entre 1 y 2 horas

5 Entre 2 y 3 horas

6 3 horas o más

C45 ¿Cuántas veces estuviste jugando dinero durante más de 2 horas seguidas en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses
2 Nunca
3 Menos de una vez al mes
4 Mensualmente
5 Semanalmente
6 Diariamente o casi diariamente

C46 Si has jugado dinero PRESENCIALMENTE en los ÚLTIMOS 12 MESES (en bares, clubs, casinos...) ¿A qué juegos has jugado?

Marca una casilla por cada línea.

No he jugado a estos juegos Mensualmente o menos 2-4 veces al mes 2 – 3 veces o más a la semana

C46a	Máquinas tragaperras (de frutas, nuevas máquinas tragaperras, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46b	Juegos de cartas o dados (póker, bridge, dados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46c	Loterías (rasca y gana, bingo, keno, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C46d	Apuestas deportivas o de animales (caballos, perros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4

C47 Si has jugado dinero ONLINE en los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿A qué juegos has jugado?

Marca una casilla por cada línea.

No he jugado a estos juegos Mensualmente o menos 2-4 veces al mes 2 – 3 veces o más a la semana

C47a	Máquinas tragaperras (de frutas, nuevas máquinas tragaperras, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47b	Juegos de cartas o dados (póker, bridge, dados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47c	Loterías (rasca y gana, bingo, keno, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47d	Apuestas deportivas o de animales (caballos, perros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4

Ahora piensa de nuevo sobre jugar dinero en general:

C48 ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

- 1 Sí
4 No

C49 ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuanto juegas?

- 1 Sí
4 No

**Las siguientes preguntas son sobre tu padre/madre. Si te han cuidado otras personas diferentes como: padre/madre adoptivo/a, padrastros/madrastras u otras personas, responde sobre ellos.
Por ejemplo, si tienes tanto un padrastro/madrastra como un padre/madre biológico/a, responde por el que es el más importante en tu educación**

C50 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que completó tu padre?

- 1 Estudios primarios completos o estudios primarios sin terminar o sin estudios
- 2 Estudios secundarios sin terminar
- 3 Estudios secundarios completos
- 4 Algunos años de universidad sin haber terminado la carrera
- 5 Estudios universitarios completos
- 6 No sé
- 7 No procede

C51 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que completó tu madre?

- 1 Estudios primarios completos o estudios primarios sin terminar o sin estudios
- 2 Estudios secundarios sin terminar
- 3 Estudios secundarios completos
- 4 Algunos años de universidad sin haber terminado la carrera
- 5 Estudios universitarios completos
- 6 No sé
- 7 No procede

C52 ¿Cuál es la situación económica de tu familia en comparación con otras familias de tu país?

- 1 Mucho mejor
- 2 Bastante mejor
- 3 Mejor
- 4 Más o menos igual
- 5 Algo peor
- 6 Bastante peor
- 7 Mucho peor

C53 ¿Con cuáles de las siguientes personas convives en la misma casa la mayoría del tiempo?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

- | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| C53a | 1 <input type="checkbox"/> Vivo solo |
| C53b | 1 <input type="checkbox"/> Padre |
| C53c | 1 <input type="checkbox"/> Padrastro |
| C53d | 1 <input type="checkbox"/> Madre |
| C53e | 1 <input type="checkbox"/> Madrastra |
| C53f | 1 <input type="checkbox"/> Hermano (s) |
| C53g | 1 <input type="checkbox"/> Hermana(s) |
| C53h | 1 <input type="checkbox"/> Abuelo (s) |
| C53i | 1 <input type="checkbox"/> Otros familiares |
| C53j | 1 <input type="checkbox"/> No familiares (por ej. vivo en una residencia o colegio mayor...) |

C54 ¿Con qué frecuencia te ocurren las siguientes afirmaciones?

Marca una casilla por cada línea.

Casi siempre	A menudo	A veces	Raramente	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------	------------

C54a	Mis padres fijan las normas claras sobre lo que puedo hacer en casa	<input type="checkbox"/>				
C54b	Mis padres fijan normas claras sobre lo que puedo hacer fuera de casa	<input type="checkbox"/>				
C54c	Mis padres saben con quién estoy cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/>				
C54d	Mis padres saben dónde estoy cuando salgo por las noches	<input type="checkbox"/>				
C54e	Mi madre y/o mi padre me prestan dinero fácilmente	<input type="checkbox"/>				
C54f	Mi madre y/o mi padre me dan dinero fácilmente	<input type="checkbox"/>				

1 2 3 4 5

C55 Nos gustaría saber cómo te sientes respecto a las siguientes afirmaciones.

Lee cada afirmación detenidamente. Indica cómo te sientes respecto a cada afirmación.

Marca una casilla por cada línea.

Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo
-------------------	---	---	---	---	---	----------------

C55a	Mi familia realmente trata de ayudarme	<input type="checkbox"/>					
C55b	Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia	<input type="checkbox"/>					
C55c	Puedo hablar de mis problemas con mi familia	<input type="checkbox"/>					
C55d	Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6 7

C56 Nos gustaría saber cómo te sientes respecto a las siguientes afirmaciones.

Lee cada afirmación detenidamente. Indica cómo te sientes respecto a cada afirmación.

Marca una casilla por cada línea.

Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo
-------------------	---	---	---	---	---	----------------

C56a	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	<input type="checkbox"/>					
C56b	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	<input type="checkbox"/>					
C56c	Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas	<input type="checkbox"/>					
C56d	Puedo hablar con mis amigos de mis problemas	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6 7

C57 ¿Saben tu padre o tu madre dónde pasas los sábados por la noche?

- 1 Siempre lo saben
- 2 Lo saben muy a menudo
- 3 Lo saben a veces
- 4 Normalmente no lo saben

Las siguientes preguntas son sobre tu participación en actividades de prevención.

Piensa en los ÚLTIMOS 2 AÑOS. ¿Recuerdas haber participado en las siguientes actividades?

C58 Eventos de sensibilización/actividades de información sobre los efectos y posibles daños de:

Marca una casilla por cada línea.

Nunca Una vez Más de una vez

C58a	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C58b	Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C58c	Otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C58d	Apuestas, videojuegos o problemas asociados al uso de internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

C59 Formación (interactiva, no teórica) sobre una mejor interacción y comunicación con los demás: expresión de sentimientos, empatía, amabilidad, manejo de la presión de los compañeros (entrenamiento en habilidades sociales)

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

C60 Formación (interactiva, no teórica) sobre cómo tratarse mejor a uno mismo: controlar los impulsos, la ira, establecer metas y objetivos, ser consciente (entrenamiento de habilidades personales)

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

C61 Formación en cómo analizar la publicidad y la información de los medios de comunicación y detectar los mensajes que intentan manipularte para evitar ser manipulados (alfabetización mediática)

1 Nunca

2 Una vez

3 Más de una vez

C62 ¿Quién impartió principalmente estas actividades?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

C62a	1 <input type="checkbox"/> No he participado en ninguna de las actividades anteriores en los últimos 2 años.
C62b	1 <input type="checkbox"/> Un profesor
C62c	1 <input type="checkbox"/> Otro personal del colegio/instituto
C62d	1 <input type="checkbox"/> Los agentes del orden (policía, guardia civil, mossos, ertzaintza...)
C62e	1 <input type="checkbox"/> Un profesional externo
C62f	1 <input type="checkbox"/> Un ex-consumidor de drogas
C62g	1 <input type="checkbox"/> Otro

C63 ¿Dónde se realizaron principalmente estas actividades?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

- C63a 1 No participé en ninguna de las actividades anteriores en los últimos 2 años.
- C63b 1 En el colegio/instituto
- C63c 1 Fuera del colegio/instituto
- C63d 1 En el colegio/instituto después de las horas de clase

Las siguientes preguntas son sobre ti y lo que piensas sobre los demás**O15 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu calificación media al final del último trimestre?**

- 1 Sobresaliente o notable
- 2 Bien o aprobado
- 3 Suspenso

O16 Normalmente cómo estás de satisfecho con...

Marca una casilla por cada línea.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Normal	No muy satisfecho	Para nada satisfecho	No tengo madre/ padre/ amigos
--	----------------	------------	--------	-------------------	----------------------	-------------------------------

O16a la relación con tu madre?	<input type="checkbox"/>					
O16b la relación con tu padre?	<input type="checkbox"/>					
O16c la relación con tus amigos?	<input type="checkbox"/>					

1 2 3 4 5 6

O17 ¿Cuál crees que sería la reacción de tu madre si hicieras alguna de las siguientes cosas?

Marca una casilla por cada línea.

	No me lo permitiría	Me lo desaconsejaría	No le importaría	Lo aprobaría	No sé
--	---------------------	----------------------	------------------	--------------	-------

O17a Emborracharme	<input type="checkbox"/>				
O17b Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>				
O17c Consumir cannabis	<input type="checkbox"/>				
O17d Consumir éxtasis	<input type="checkbox"/>				

1 2 3 4 5

O18 ¿Cuál crees que sería la reacción de tu padre si hicieras alguna de las siguientes cosas?

Marca una casilla por cada línea.

	No me lo permitiría	Me lo desaconsejaría	No le importaría	Lo aprobaría	No sé
--	---------------------	----------------------	------------------	--------------	-------

O18a Emborracharme	<input type="checkbox"/>				
O18b Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>				
O18c Consumir cannabis	<input type="checkbox"/>				
O18d Consumir éxtasis	<input type="checkbox"/>				

1 2 3 4 5

O19b Piensas que tus padres (alguno de los dos o ambos) han tenido alguna de estas experiencias?

Marca una casilla por cada línea.

	Ninguno	Sólo padre	Sólo madre	Ambos	No sé
O19ba Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>				
O19bb Usar cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>				
O19bc Tomar bebidas alcohólicas (cerveza, sidra, vino, combinados/cubatas)	<input type="checkbox"/>				
O19bd Emborracharse	<input type="checkbox"/>				
O19be Fumar cannabis	<input type="checkbox"/>				
O19bf Tomar tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	<input type="checkbox"/>				
O19bg Tomar tranquilizantes o sedantes (con receta médica)	<input type="checkbox"/>				
O19bh Usar otras sustancias ilegales	<input type="checkbox"/>				
O19bi Realizar juegos de apuestas con dinero	<input type="checkbox"/>				

1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas son, de nuevo, sobre bebidas alcohólicas

O20 Esta pregunta es sobre el consumo de bebidas alcohólicas durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS.

Por favor, ¡presta atención a los tamaños de las botellas y vasos!

Por favor responde todas las preguntas. Si no has tomado una bebida alcohólica, marca "0".

O20a ¿Cuántos días has tomado alguna bebida alcohólica?

En los últimos 7 días he consumido **bebidas alcohólicas** días
(0 = ningún día, 7 = todos los días)

O20b Cuántos tercios o vasos de cerveza has tomado?

En los últimos 7 días he consumido vasos o tercios de cerveza
(0 = no he tomado cerveza)



1 tercio o
1 vaso de cerveza o 1 lata de cerveza
= 0,33l

O20c ¿Cuántos vasos de vino o cava has tomado?

En los últimos 7 días he consumido vasos de vino o cava
(0 = no he tomado ni vino ni cava)



1 vaso de vino o cava = 0,1l

O20d ¿Cuántos chupitos de whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licor... has tomado?

En los últimos 7 días he consumido chupitos de licor (whisky, ron, ginebra, vodka...)
(0 = no he tomado chupitos de whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licor)



1 chupito de whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licor
= 0,04l

O20e ¿Cuántos vasos de combinados o cubatas (whisky, ron, ginebra, vodka... mezcladas con refrescos o agua o solos) has tomado?

En los últimos 7 días he consumido vasos de combinados o cubatas (whisky, ron, ginebra, vodka... mezcladas con refrescos o agua o solos)
(0 = no he tomado combinados o cubatas)



1 vaso de combinados o cubatas
= 0,33l

O21 **Piensa en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¿En cuántas ocasiones has comprado cerveza, sidra, bebidas alcohólicas premezcladas, vino, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licores en una tienda (supermercado, licorería, quiosco, tienda de barrio o gasolinera) para consumirlo tú fuera del establecimiento?**

Marca una casilla por cada línea

		Número de veces					
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 o más
1	2	3	4	5	6		
021a	Cerveza	<input type="checkbox"/>					
021b	Sidra	<input type="checkbox"/>					
021c	Bebidas alcohólicas premezcladas	<input type="checkbox"/>					
021d	Vino	<input type="checkbox"/>					
021e	Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores	<input type="checkbox"/>					

O22 **Piensa una vez más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¿En cuántas ocasiones has consumido cerveza, sidra, bebidas alcohólicas premezcladas, vino, combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licores en un pub, bar, restaurante o discoteca?**

Marca una casilla por cada línea

		Número de veces					
		0	1 - 2	3-5	6-9	10-19	20 o más
1	2	3	4	5	6		
022a	Cerveza	<input type="checkbox"/>					
022b	Sidra	<input type="checkbox"/>					
022c	Bebidas alcohólicas premezcladas	<input type="checkbox"/>					
022d	Vino	<input type="checkbox"/>					
022e	Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores	<input type="checkbox"/>					

O23 **Piensa en el último día en el que tomaste alcohol. ¿Dónde estabas cuando bebiste?**

Marca todas las que consideres necesarias.

023a	1	<input type="checkbox"/>	Nunca bebo alcohol
023b	1	<input type="checkbox"/>	En mi casa
023c	1	<input type="checkbox"/>	En casa de otra persona
023d	1	<input type="checkbox"/>	En la calle, en un parque, en la playa o en espacios públicos abiertos
023e	1	<input type="checkbox"/>	En un bar o en un pub
023f	1	<input type="checkbox"/>	En una discoteca
023g	1	<input type="checkbox"/>	En un restaurante
023h	1	<input type="checkbox"/>	En otros lugares

Las siguientes preguntas son sobre bebidas energéticas

O24 ¿Cuántas veces has tomado bebidas energéticas (Red Bull®, Monster®...)?

(No incluyas bebidas para deportistas o isotónicas tales como Aquarius®, Powerade®, Gatorade®...)
Marca una casilla por cada línea

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más	Número de veces						
								1	2	3	4	5	6	7
O24a	En tu vida	<input type="checkbox"/>												
O24b	Durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>												
O24c	Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>												

O25 ¿Cuántas veces has tomado bebidas energéticas (Red Bull®, Monster®...) mezcladas con alcohol?

(No incluyas bebidas para deportistas o isotónicas tales como Aquarius®, Powerade®, Gatorade®...)

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más	Número de veces						
								1	2	3	4	5	6	7
O25a	En tu vida	<input type="checkbox"/>												
O25b	Durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>												
O25c	Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>												

Las siguientes preguntas se refieren a sustancias que mejoran tu RENDIMIENTO EN LOS ESTUDIOS

M01 ¿Has usado alguna vez en tu vida, por iniciativa propia (sin que te lo haya recetado un médico), alguna sustancia estimulante con el fin de mejorar tu RENDIMIENTO EN LOS ESTUDIOS? Por ejemplo, para mantenerte despierto y estudiar durante toda la noche o para estudiar más rápido. No incluyas café, té o refrescos de cola, ni bebidas energéticas.

1 No

2 Sí

M02 Si ha usado dichas sustancias estimulantes (sin receta médica) con el propósito de mejorar tu rendimiento en los estudios; ¿Dónde obtuviste la/s sustancia/s?

Marca una o varias opciones.

M02a	1	<input type="checkbox"/>	Nunca he usado estas sustancias
M02b	1	<input type="checkbox"/>	Me las ofreció un familiar, un amigo o un conocido
M02c	1	<input type="checkbox"/>	A través de un camello (traficante)
M02d	1	<input type="checkbox"/>	A través de internet
M02e	1	<input type="checkbox"/>	En una farmacia sin receta médica

