

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](http://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 quieres 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 quieres 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.**



**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]     Mes [OC02b]   (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |                    | 724                      | 504                      | 642                      | 862                      | 170                      | 804                      | 999                      |

**OC02d ¿Desde cuándo vives en España?**

Marca una casilla.

|       |              | Básicamente, desde que nació | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C04b | Porque no te apetecía ir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C04c | Por otras razones        | <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 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 | <input type="checkbox"/> | Imposible        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Muy difícil      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Bastante difícil |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bastante fácil   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy fácil        |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No sé            |

**C06 ¿Has fumado alguna vez cigarrillos (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)?**

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, en los últimos 30 días                                  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, en los últimos 12 meses, pero no en los últimos 30 días |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, hace más de 12 meses                                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Nunca   |

**C07 ¿Cuántas veces en LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS has fumado cigarrillos (sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)?**

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca                             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de 1 cigarrillo a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Menos de 1 cigarrillo al día      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 1-5 cigarrillos al día            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 6-10 cigarrillos al día           |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 11-20 cigarrillos al día          |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 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 | <b>Fumar tu primer cigarrillo</b><br>(sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C08b | <b>Fumar cigarrillos diariamente</b><br>(sin incluir los productos digitales y alternativos para fumar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C09b  | Pipas de agua (cachimba, shisha)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC09c | Rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC09d | Productos de tabaco calentado (PTC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C13b | Usar cigarrillos electrónicos diariamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |

**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"/> |
|       |   | 1                          | 2   | 3                        | 4                        |

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC16b | Sidra   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC16c | Bebidas alcohólicas premezcladas                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C16d  | Vino  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C16e  | Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C17b | En los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C17c | En los últimos 30 días  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC18b | Sidra  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC18c | Bebidas alcohólicas premezcladas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C18d  | Vino   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C18e  | Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | <input type="checkbox"/> | Nunca          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 1              |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 3-5            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 6-9            |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 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?

Marca una casilla por cada línea.

Número de veces

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

## 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C21b | Emborracharte                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |

## 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22b | porque ayuda cuando te sientes deprimido o nervioso?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22c | para animarte cuando estás de mal humor?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22d | porque te gusta cómo te sientes?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22e | para colocarte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22f | porque hace que las reuniones sociales sean más divertidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22g | para encajar en grupo de gente?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22h | porque mejora las fiestas y celebraciones?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22i | para olvidar tus problemas?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22j | porque es divertido?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22k | para gustar a otros?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C22l | para no sentirte excluido?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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                              | Analgésicos 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                 |
| C27a | En tu vida              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C27b | En los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C27c | En los últimos 30 días  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      |                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |

**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

**O09 ¿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             |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C30a                              | ¿Has fumado cannabis antes del mediodía?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30b                              | ¿Has fumado cannabis estando solo/a?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30c                              | ¿Has tenido problemas de memoria después de fumar cannabis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30d                              | ¿Te han dicho los amigos o familiares que deberías reducir el consumo de cannabis?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30e                              | ¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30f                              | ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.) | <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 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C31b                              | Metanfetaminas                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C31c                              | Tranquilizantes o sedantes sin receta médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C31d                              | Éxtasis/MDMA                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C31e                              | Cocaína polvo                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC31f                             | Cocaína base (crack)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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                            | Catinonas 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O10b | Probar anfetaminas o metanfetaminas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O10c | Probar cocaína polvo o base (crack)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O10d | Probar éxtasis/MDMA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O10e | Probar inhalables volátiles (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina) para colocarte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O10f | Probar alcohol junto con pastillas (medicamentos) para colocarte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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, miao miao, 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.

|      |                         | 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                 |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C37a  | Fuma cigarrillos ocasionalmente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37b  | Fuma 1 o más paquetes de cigarrillos al día  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37c  | Prueba cigarrillos electrónicos una o dos veces                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37d  | Usa cigarrillos electrónicos diariamente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37e  | Toma una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37f  | Toma cuatro o cinco bebidas alcohólicas casi todos los días                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C37g  | Toma cinco o más bebidas alcohólicas en una ocasión casi todos los fines de semana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37h | Usa rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) ocasionalmente                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37i | Usa rapé húmedo (snus, tabaco sin humo) habitualmente                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37j | Usa productos de tabaco calentado (PTC) ocasionalmente                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37k | Usa productos de tabaco calentado (PTC) habitualmente                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37l | Usa bebidas energéticas ocasionalmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC37m | Usa bebidas energéticas habitualmente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|            |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>C38</b> | <b>De nuevo, ¿Cuánto RIESGO (físico o de otro tipo) crees que tiene una persona si...?...</b> |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | Marca una casilla por cada línea.   | Ningún riesgo            | Un riesgo pequeño        | Un riesgo moderado       | Un gran riesgo           | No lo sé                 |
| C38a       | Prueba cannabis una o dos veces   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C38b       | Fuma cannabis ocasionalmente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C38c       | Fuma cannabis habitualmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C38d       | Prueba éxtasis/MDMA una o dos veces   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC38e      | Toma éxtasis/MDMA habitualmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C38f       | Prueba anfetaminas (speed) una o dos veces  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC38g      | Toma anfetaminas (speed) habitualmente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C38h       | Prueba cannabinoides sintéticos una o dos veces   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC38j      | Prueba catinonas sintéticas una o dos veces   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC38l      | Prueba opioides sintéticos una o dos veces  | <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 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C40b | Durante un día sin colegio (un día del fin de semana o de las vacaciones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | <input type="checkbox"/> | Ningún día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 1 día      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2 días     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 3 días     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 4 días     |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 5 días     |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 6 días     |
| 8 | <input type="checkbox"/> | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| C42b | Me pongo de mal humor cuando no puedo jugar a videojuegos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| C42c | Mis padres dicen que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos | <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 **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 | <input type="checkbox"/> | No he jugado dinero en los últimos 12 meses |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Una vez al mes o menos frecuentemente       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2-4 veces al mes                            |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 2-3 veces o más a la semana                 |

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

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No he jugado dinero en los últimos 12 meses |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de 30 minutos                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 30 minutos y 1 hora                   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y 2 horas                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Entre 2 y 3 horas                           |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 3 horas o más                               |

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

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No he jugado dinero en los últimos 12 meses |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Nunca                                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez al mes                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mensualmente                                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Semanalmente                                |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No |

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

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | Estudios primarios completos o estudios primarios sin terminar o sin estudios |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estudios secundarios sin terminar   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estudios secundarios completos  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Algunos años de universidad sin haber terminado la carrera                    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios completos   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No sé   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No procede  |

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

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Estudios primarios completos o estudios primarios sin terminar o sin estudios |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estudios secundarios sin terminar   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estudios secundarios completos  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Algunos años de universidad sin haber terminado la carrera                    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios completos   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No sé   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No procede  |

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

|   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Mucho mejor       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bastante mejor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Mejor             |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más o menos igual |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Algo peor         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Bastante peor     |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C54b | Mis padres fijan normas claras sobre lo que puedo hacer fuera de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C54c | Mis padres saben con quién estoy cuando salgo por las noches          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C54d | Mis padres saben dónde estoy cuando salgo por las noches              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C54e | Mi madre y/o mi padre me prestan dinero fácilmente                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C54f | Mi madre y/o mi padre me dan dinero fácilmente                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C55b | Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C55c | Puedo hablar de mis problemas con mi familia                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C55d | Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C56b | Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C56c | Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C56d | Puedo hablar con mis amigos de mis problemas                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | <input type="checkbox"/> | Siempre lo saben        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Lo saben muy a menudo   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Lo saben a veces        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Normalmente no lo saben |

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 | <input type="checkbox"/> | No participé en ninguna de las actividades anteriores en los últimos 2 años. |
| C63b | 1 | <input type="checkbox"/> | En el colegio/instituto  |
| C63c | 1 | <input type="checkbox"/> | Fuera del colegio/instituto  |
| C63d | 1 | <input type="checkbox"/> | 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<br>satisfecho        | Satisfecho               | Normal                   | No muy<br>satisfecho     | Para nada<br>satisfecho  | No tengo<br>madre/<br>padre/<br>amigos |
|------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| O16a | la relación con tu madre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| O16b | la relación con tu padre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| O16c | la relación con tus amigos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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<br>permitiría   | Me lo<br>desaconsejaría  | No le<br>importaría      | Lo<br>aprobaría          | No sé                    |
|------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| O17a | Emborracharme     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O17b | Fumar cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O17c | Consumir cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O17d | Consumir éxtasis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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<br>permitiría   | Me lo<br>desaconsejaría  | No le<br>importaría      | Lo<br>aprobaría          | No sé                    |
|------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| O18a | Emborracharme     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O18b | Fumar cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O18c | Consumir cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O18d | Consumir éxtasis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bb | Usar cigarrillos electrónicos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bc | Tomar bebidas alcohólicas (cerveza, sidra, vino, combinados/cubatas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bd | Emborracharse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19be | Fumar cannabis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bf | Tomar tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bg | Tomar tranquilizantes o sedantes (con receta médica)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bh | Usar otras sustancias ilegales                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O19bi | Realizar juegos de apuestas con dinero                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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                 |
| O21a | Cerveza  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O21b | Sidra  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O21c | Bebidas alcohólicas premezcladas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O21d | Vino   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O21e | Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |

**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                 |
| O22a | Cerveza  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O22b | Sidra  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O22c | Bebidas alcohólicas premezcladas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O22d | Vino   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O22e | Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |

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

Marca todas las que consideres necesarias.

|      |   |                          |  |
|------|---|--------------------------|--|
| O23a | 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca bebo alcohol   |
| O23b | 1 | <input type="checkbox"/> | En mi casa   |
| O23c | 1 | <input type="checkbox"/> | En casa de otra persona  |
| O23d | 1 | <input type="checkbox"/> | En la calle, en un parque, en la playa o en espacios públicos abiertos |
| O23e | 1 | <input type="checkbox"/> | En un bar o en un pub  |
| O23f | 1 | <input type="checkbox"/> | En una discoteca   |
| O23g | 1 | <input type="checkbox"/> | En un restaurante  |
| O23h | 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

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

#### 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®...)

Marca una casilla por cada línea

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

### 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 | <input type="checkbox"/> | No |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 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                  |

