

Las primeras preguntas son sobre ti y las cosas que haces

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

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

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

MES |__|__| AÑO |__|__|__|__|

P3. ¿EN QUE PAÍS NACISTE?

- España 1
- Otro país..... 2 → **P3A. ¿QUÉ PAÍS?**

Marruecos	<input type="checkbox"/> 153	Francia	<input type="checkbox"/> 78
Ecuador	<input type="checkbox"/> 63	Venezuela	<input type="checkbox"/> 245
Colombia	<input type="checkbox"/> 50	Bolivia	<input type="checkbox"/> 32
Perú	<input type="checkbox"/> 184	Rep. Dominicana	<input type="checkbox"/> 194
Argentina	<input type="checkbox"/> 14	Rumanía	<input type="checkbox"/> 196
China	<input type="checkbox"/> 47	Alemania	<input type="checkbox"/> 4
Otro: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>(Escribe el nombre del país)</i>			

No escribir en los cuadrillos sombreados

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

En el mismo municipio al que pertenece este centro educativo 1

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

En la misma provincia a la que pertenece este centro educativo 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P13. ¿HAS REPETIDO CURSO ALGUNA VEZ?

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

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

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

Actividades que puedes realizar en tu tiempo libre

P15. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE? Si has salido antes de las 12 de la noche [por ejemplo, a las 10] y has vuelto después de las 12 [por ejemplo, a las 3 de la madrugada], cuéntalo como una única noche.

Menos de una noche al mes	<input type="checkbox"/> 1
De 1 a 3 noches al mes	<input type="checkbox"/> 2
1 noche a la semana	<input type="checkbox"/> 3
2 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 4
3-4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 5
Más de 4 noches a la semana	<input type="checkbox"/> 6
Nunca	<input type="checkbox"/> 0

P16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, LA ÚLTIMA VEZ QUE SALISTE POR LA NOCHE EN FIN DE SEMANA PARA DIVERTIRTE, ¿A QUÉ HORA VOLVISTE A CASA?

Antes de las 12 de la noche	<input type="checkbox"/> 1
Entre las 12 y la 1 de la noche	<input type="checkbox"/> 2
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 3
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 4
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	<input type="checkbox"/> 5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	<input type="checkbox"/> 6
Después de las 8 de la mañana	<input type="checkbox"/> 7
No he salido por las noches en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0

P17. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON CUÁNTA FRECUENCIA HACES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? Marca una casilla por línea, si nunca has hecho esa actividad marca la casilla de "nunca".

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

VIDEOJUEGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabaco

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

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

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

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

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

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

Hace 1 año o menos	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco	<input type="checkbox"/> 0

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

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

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

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

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

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

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

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

| ___ | ___ | CIGARRILLOS

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

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

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

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

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

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

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

Vivo solo	<input type="checkbox"/> 2
Vivo en un centro educativo, colegio mayor, institución, residencia de estudiantes...	<input type="checkbox"/> 3

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

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

Cigarrillos electrónicos (vapear)

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

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que los consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____ años

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
BEBIDAS ALCOHÓLICAS (vino, cerveza, sidra, champán o cava, vermouth, licores, cubatas, ...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	____ años

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

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

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

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

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS

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

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

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

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

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

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

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

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

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las siguientes preguntas son también sobre bebidas alcohólicas

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

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

P49. ¿ALGUNA VEZ HAS HECHO "BOTELLÓN"?

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

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

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

P50a. Las personas beben alcohol por distintos motivos. NOS GUSTARÍA SABER CUÁLES SON TUS MOTIVOS PRINCIPALES PARA BEBER. Si piensas en las ocasiones en que has bebido en los ÚLTIMOS 12 MESES, ya sea cerveza, vino, combinados o licores, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS BEBIDO...

	Algunas veces, raramente o nunca	Siempre o casi siempre
Porque te gusta cómo te sientes después de beber?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Porque es divertido o porque anima las fiestas y celebraciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sólo para emborracharte ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Para encajar en un grupo que te gusta o para no sentirte excluido (en relación con los demás)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Porque te ayuda cuando te sientes deprimido o cuando necesitas olvidarte de todo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Porque crees que es saludable o porque forma parte de una alimentación equilibrada ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Porque me ayuda a desinhibirme o ligar más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8
No he tomado bebidas alcohólicas nunca	<input type="checkbox"/> 9

Tranquilizantes/ sedantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y somníferos (pastillas para dormir)

Incluye: Hipnóticos, benzos, frankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, lexatin, orfidal, noctamid, benzodicepinas, zolpidem, stilnox, riv otril, etc.

No incluye: Valeriana, passiflora, domidina, melatonina.

P53. INDICA SI HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES/SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) o SOMNÍFEROS (pastillas para dormir). Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner 4 "X", porque hay 4 columnas. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
TRANQUILIZANTES/ SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) o SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	---

Tranquilizantes/ sedantes sin receta (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y somníferos sin receta (pastillas para dormir)

A continuación, las siguientes preguntas se refieren a las mismas pastillas cuando se han obtenido **SIN RECETA MÉDICA**, es decir:

- El médico se lo ha **recetado a otra persona de la familia** y tú los tomas de vez en cuando
- El médico te lo recetó en alguna ocasión, pero lo **has seguido tomando sin control por tu médico**
- Los **has conseguido por otros medios** distintos a la receta médica

P54. INDICA SI HAS CONSUMIDO TRANQUILIZANTES/SEDANTES SIN RECETA (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) O SOMNÍFEROS SIN RECETA (pastillas para dormir). Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner 4 "X", porque hay 4 columnas. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Has consumido diariamente o casi diariamente en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
TRANQUILIZANTES/ SEDANTES <u>SIN RECETA</u> (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) o SOMNÍFEROS <u>SIN RECETA</u> (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	---

Otros tipos de drogas

- **HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)
- **COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)
- **BASE** (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)
- **ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** (como pastis, pirulas o como cristal)
- **ANFETAMINAS O SPEED** (anfetas, ice, pinini)
- **ALUCINÓGENOS** (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)
- **HEROÍNA** (caballo, jaco)
- **ANALGÉSICOS OPIOIDES para colocarte** (fentanilo, morfina, tramadol, codeína, romilar)
- **INHALABLES VOLÁTILES** (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)
- **GHB** (gammahidroxitirato, X-liquido, gamma-OH, éxtasis líquido)
- **METANFETAMINA** (meth, ice, cristal)
- **SETAS MÁGICAS**
- **ESTEROIDES ANABOLIZANTES**

HACHÍS O MARIHUANA

(cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)

P55. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)? Pon una "X" en cada columna (↓); en total debes poner tres "X", porque hay tres columnas de cuadritos.

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

P56. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿CUÁNTOS PORROS HAS FUMADO EN EL MISMO DÍA POR TÉRMINO MEDIO? No consideres que fumaste porros si lo único que hiciste fue dar unas caladas al porro de otra persona.

| ___ | ___ | PORROS

No he consumido porros en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he consumido porros	<input type="checkbox"/> 9

P57. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA? Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 9
---------------------------------------	----------------------------

P58. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA?

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

P59. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿QUÉ HAS FUMADO?

Principalmente marihuana (hierba)	<input type="checkbox"/> 1
Principalmente hachís (resina, chocolate)	<input type="checkbox"/> 2
De los 2 tipos	<input type="checkbox"/> 3
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 9

P60. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUANDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿CÓMO LO HAS CONSUMIDO?
Puedes marcar más de una opción.

En forma de porro o canuto	<input type="checkbox"/> 1
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas,	<input type="checkbox"/> 1
Usando cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> 1
Por vía oral a través de pasteles, galletas, chupitos	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 9

P61. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, LO HAS MEZCLADO CON TABACO?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 9

P62. SI FUESE LEGAL EL CONSUMO DE HACHÍS O MARIHUANA, ¿LO PROBARÍAS?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Ya lo he probado	<input type="checkbox"/> 2

Por favor, contesta a las siguientes preguntas P63 y P64 **sólo** si has consumido **HACHÍS O MARIHUANA** (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís) **en los últimos 12 meses**

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

<input type="checkbox"/>	No he consumido hachís o marihuana en los últimos 12 meses	→	Pasa a la pregunta P65
--------------------------	--	---	-------------------------------

P63. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado cannabis <u>antes del mediodía</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Has fumado cannabis <u>estando solo/a</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Has tenido <u>problemas de memoria</u> al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Te han dicho <u>los amigos o miembros</u> de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis <u>sin conseguirlo</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Has tenido <u>problemas</u> debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

P64. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HAS INICIADO ALGÚN TRATAMIENTO PARA DEJAR O REDUCIR EL CONSUMO DE HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

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

OTRAS DROGAS

P65. INDICA SI HAS CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farla, farlopa, clorhidrato de cocaína). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

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

P66. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE COCAÍNA EN POLVO? Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 9
-------------------------------------	----------------------------

P67. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE COCAÍNA EN POLVO?

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

P68. INDICA SI HAS CONSUMIDO BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P69. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)? Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números claros sobre la línea o marca el recuadro.

ANOTA LA EDAD: _____ AÑOS

Nunca he consumido base	<input type="checkbox"/> 9
-------------------------	----------------------------

P70. ¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE BASE (cocaína en base, cocaína en forma de base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)?

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

P71. INDICA SI HAS CONSUMIDO ÉXTASIS (pastis, pirulas, cristal). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ÉXTASIS (pastis, pirulas, cristal)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P72. INDICA SI HAS CONSUMIDO ANFETAMINAS O SPEED (anfetas, pinini) Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ANFETAMINAS O SPEED (anfetas, pinini)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P73. INDICA SI HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P74. INDICA SI HAS CONSUMIDO HEROÍNA (caballo, jaco). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
HEROÍNA (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P74a. INDICA SI HAS CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA COLOCARTE (fentanilo, morfina, tramadol, codeína, romilar). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA COLOCARTE (fentanilo, morfina, tramadol, codeína, romilar)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P75. INDICA SI HAS CONSUMIDO INHALABLES VOLÁTILES (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
INHALABLES VOLÁTILES (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P76. INDICA SI HAS CONSUMIDO GHB (gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH, éxtasis líquido). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

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

P77. INDICA SI HAS CONSUMIDO METANFETAMINA (meth, ice, cristal). Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
METANFETAMINA (meth, ice, cristal)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P78. INDICA SI HAS CONSUMIDO SETAS MÁGICAS. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
SETAS MÁGICAS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P79. INDICA SI HAS CONSUMIDO ESTEROIDES ANABOLIZANTES. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumiste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ESTEROIDES ANABOLIZANTES	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

P80. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CANNABIS (también llamado hachís o marihuana) SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?

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

P81. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y COCAÍNA EN POLVO O EN BASE SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?

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

Las siguientes preguntas se refieren al consumo por tu cuenta, sin que te lo haya recetado un médico, de algún **producto o sustancia estimulante con el fin de mejorar tu rendimiento en el estudio**

P83. ALGUNA VEZ EN LA VIDA ¿HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LO HAYA RECETADO UN MÉDICO, ALGÚN PRODUCTO O SUSTANCIA ESTIMULANTE CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO? Por ejemplo, para no dormirte y poder estudiar toda la noche, o para estudiar más rápido.

Contesta "NO" si lo único que has consumido son refrescos de cola, café, té, complejos vitamínicos, bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...), productos que contienen: Ginkgo Biloba, Guaraná, Ácidos grasos Omega 3, Jalea real, Acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...)

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

P84. INDICA CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS O SUSTANCIAS ESTIMULANTES HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LOS HAYA RECETADO UN MÉDICO, CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO. Por ejemplo, para no dormirte y poder estudiar toda la noche, o para estudiar más rápido. (No incluyas complejos vitamínicos, refrescos de cola, té, café, bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...), productos que contienen: Ginkgo Biloba, Guaraná, Ácidos grasos Omega 3, Jalea real, Acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...) Marca una o varias opciones.

Metilfenidato (Concerta, Rubifen, Medikinet, Equasym, Medicebran, Ritalin)	<input type="checkbox"/> 1
Elvase, Adderall	<input type="checkbox"/> 1
Piracetam (Nootropil, Ciclofalina, Anacervix), Aniracetam	<input type="checkbox"/> 1
Donepezilo (Aricept, Donebrain, Lixben, Uxazen, Yasnal)	<input type="checkbox"/> 1
Modafinilo (Modiodal, Provigil)	<input type="checkbox"/> 1
Durvitan	<input type="checkbox"/> 1
Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/> 1
Cocaína	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido ninguna de estas sustancias	<input type="checkbox"/> 9

P85. SI HAS CONSUMIDO POR TU CUENTA, SIN QUE TE LO HAYA RECETADO UN MÉDICO, ALGÚN PRODUCTO O SUSTANCIA ESTIMULANTE, CON EL FIN DE MEJORAR TU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO ¿DÓNDE CONSEGUISTE ESTE TIPO DE SUSTANCIAS? Puede marcar una o varias opciones.

Me las ofreció un familiar/amigo/conocido	<input type="checkbox"/> 1
A través de un vendedor (camello)	<input type="checkbox"/> 1
A través de internet	<input type="checkbox"/> 1
En la farmacia sin receta médica	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> 9

Nuevas sustancias

P86. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRAN DISPONIBLES NUEVAS SUSTANCIAS QUE IMITAN EL EFECTO DE DROGAS ILEGALES COMO CANNABIS, COCAÍNA, ÉXTASIS... ESTAS NUEVAS SUSTANCIAS (keta, spice, miau miau, flakka, Superman...) SE PUEDEN PRESENTAR EN FORMA DE HIERBAS, PASTILLAS, POLVOS, LÍQUIDOS, INCIENSOS, ETC. Contesta las siguientes preguntas referentes a estas nuevas sustancias.

¿Has oído hablar de estas nuevas sustancias?		¿Las has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Las has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Las has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

P87. ¿DÓNDE CONSEGUISTE O TE OFRECIERON ESTE TIPO DE SUSTANCIAS, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Puede marcar una o varias opciones.

Me la ofreció un familiar/amigo/conocido	<input type="checkbox"/> 1
Las compré en una tienda especializada (Smart shop o head shop)	<input type="checkbox"/> 1
A través de un vendedor (camello)	<input type="checkbox"/> 1
A través de internet	<input type="checkbox"/> 1
Me la ofrecieron en una fiesta , en un pub, en un bar	<input type="checkbox"/> 1
Otros sitios. Indica cuáles son: _____	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido este tipo de sustancias	<input type="checkbox"/> 9

P88. PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, INDICA SI TU LAS HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Para cada una de las sustancias, pon una "X" en un cuadrito bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?	
	No	Sí
KETAMINA (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
SPICE (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
MEFEDRONA (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
SALVIA DIVINORUM	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
AYAHUASCA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
ÓXIDO NITROSO (gas de la risa)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
CLORETILO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

P89. AHORA NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD O DE OTRO TIPO QUE PUEDE SIGNIFICAR CONSUMIR NUEVAS SUSTANCIAS. Con "alguna vez" queremos decir "una vez al mes o menos frecuentemente".

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes	Nunca he oído hablar de esta droga
Consumir NUEVAS SUTANCIAS alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

P90. ¿QUÉ DIFICULTAD PIENSAS QUE TENDRÍAS PARA CONSEGUIR NUEVAS SUSTANCIAS, SI TÚ QUISIERAS?

	Difícil o Prácticamente imposible	Relativamente fácil o muy fácil	No sabes	Nunca he oído hablar de estas drogas
Conseguir NUEVAS SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

Preguntas sobre problemas que has podido tener en los últimos 12 meses

P91. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES? Pon una "X" en un cuadrito de cada fila. En total debes poner 8 "X" porque hay 8 filas de cuadritos.

	SI	NO
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos del <u>ALCOHOL</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de <u>HACHÍS O MARIHUANA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de <u>COCAÍNA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del <u>ALCOHOL</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de <u>HACHÍS O MARIHUANA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de <u>COCAÍNA</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un accidente de tráfico siendo yo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor habiendo consumido <u>ALCOHOL O ALGUNA DROGA ILEGAL</u> en las 2 horas previas al accidente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He participado en alguna pelea o he sufrido o realizado alguna agresión física habiendo consumido <u>ALCOHOL O ALGUNA DROGA ILEGAL</u> en las 2 horas previas a la pelea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

P92. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES? Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 9 "X" porque hay 9 filas de cuadrillos.

	SI	NO
He tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
No he podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido dificultad para concentrarme en el colegio al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido resaca al día siguiente después de salir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido relaciones sexuales de las que me he arrepentido al día siguiente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He tenido relaciones sexuales sin preservativo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un brote psicótico (alucinaciones, delirios...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido un ataque de ansiedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
He sufrido bullying (acoso) a través de internet o por otros medios (acoso directo o indirecto físico, verbal, psicológico, sexual o social)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

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

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

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

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

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

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

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

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes
Fumar un paquete de tabaco diario	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas el fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tomar 1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir tranquilizantes/sedantes o somníferos habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar hachís/marihuana (cannabis) habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir cocaína en polvo habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir éxtasis habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir heroína habitualmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

P96a. TAMBIÉN NOS GUSTARÍA SABER TU OPINIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS (DE SALUD O DE OTRO TIPO) QUE PUEDE SIGNIFICAR REALIZAR ALGUNA VEZ (una vez al mes o menos frecuentemente) CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner 11 "X" porque hay 11 filas de cuadrillos.

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos problemas	No sabes
Fumar cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar hachís/marihuana (cannabis) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir cocaína en polvo alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Fumar base (cocaína base, crack) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir éxtasis alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir alucinógenos (LSD, trípis o setas mágicas) alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir heroína alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Inyectarse drogas alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Consumir metanfetamina alguna vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

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

	Difícil o prácticamente imposible	Fácil o muy fácil	No sabes
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Tranquilizantes / sedantes o somníferos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Hachís/marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Base (cocaína en forma de base, crack)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Éxtasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Alucinógenos (LSD, trípis, setas mágicas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Metanfetamina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

P98. ¿Y PODRÍAS SEÑALAR TODOS LOS MODOS EN QUE HAS COMPRADO O CONSEGUIDO ALGUNA DE ESTAS DROGAS (cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, y setas mágicas)? Pon una "X" en uno o varios cuadritos de cada columna.

	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Éxtasis	Setas mágicas
Obtenida/comprada a través de un familiar/amigo/conocido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Obtenida/comprada a través de un vendedor (camello)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Obtenida/comprada a través de internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Obtenida/comprada a través de una tienda especializada (smart shop, head shop, herbolario...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Obtenida/comprada en una zona de ocio (festival, concierto, discoteca, bar...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Obtenida de una plantación propia	<input type="checkbox"/> 1				
En un club cannábico	<input type="checkbox"/> 1				
Nunca he conseguido esta droga	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

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

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

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

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

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

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

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

P103. PARA CADA UNA DE LAS ACCIONES PARA INTENTAR RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ILEGALES QUE TE VOY A MENCIONAR, DIME SI LA CONSIDERAS NADA, ALGO O MUY IMPORTANTE. Pon una "X" en un cuadrado de cada fila. En total debes poner diez "X" porque hay diez filas.

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	No sabes
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Educación sobre las drogas en las escuelas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Control policial y de aduanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Leyes estrictas contra las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Legalización del cannabis (hachís o marihuana)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Legalización de todas las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

Juego con dinero

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

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

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

	En internet (online)	Fuera de internet (presencial)
Un día al mes o menos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2-4 días al mes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
2-3 días a la semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días a la semana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6 o más días a la semana	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

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

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

Nunca he jugado dinero en internet (online) 9

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

Nunca he jugado dinero fuera de internet (presencial) 9

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

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

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

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

Ahora piensa de nuevo sobre jugar dinero en general:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pornografía

POR1. INDICA SI HAS USADO O MIRADO PORNOGRAFÍA. No incluyas páginas que te aparecen en búsquedas sin que tú las hayas buscado. Si has usado anota en el recuadro correspondiente la edad en que la usaste por primera vez.

	¿Alguna vez en la vida?		¿Alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la usaste o miraste <u>por primera vez en tu vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
Has usado o mirado <u>PORNOGRAFÍA</u>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	_____

POR2. INDICA SI HAS USADO O MIRADO PORNOGRAFÍA ALGUNA VEZ CON QUIÉN LA HAS USADO. No incluyas páginas que te aparecen en búsquedas sin que tú las hayas buscado. Respuesta múltiple

Solo	<input type="checkbox"/> 1
En pareja	<input type="checkbox"/> 1
Con amigos	<input type="checkbox"/> 1
No he mirado pornografía nunca	<input type="checkbox"/> 0

POR3. A TRAVÉS DE QUÉ DISPOSITIVO HAS USADO O MIRADO PORNOGRAFÍA ALGUNA VEZ. No incluyas páginas que te aparecen en búsquedas sin que tú las hayas buscado. Respuesta múltiple.

Móvil	<input type="checkbox"/> 1
Ordenador o Tablet	<input type="checkbox"/> 1
Otros (TV, revistas, vídeos, series...)	<input type="checkbox"/> 1
No he mirado pornografía nunca	<input type="checkbox"/> 0

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

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