



ESPAD

The European School Survey Project on
Alcohol and Other Drugs
www.espad.org

Cuestionario sobre el uso de sustancias psicoactivas

2019 VERSIÓN FINAL

¡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 todos una vez lo hayas rellenado.

Tú clase ha sido seleccionada aleatoriamente para participar en este estudio. En España esta encuesta la realiza Análisis e Investigación. 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.

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

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

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

C01 ¿Cuál es tu sexo?

1 Hombre

2 Mujer

C02 ¿Cuándo naciste?

Año

Mes

(Marca 01 para enero, 02 para febrero, ...12 para diciembre)

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
	1	2	3	4	5
(a) Juego a juegos de ordenador.....	... <input type="checkbox"/>				
(b) Participo activamente en deportes, atletismo o hago ejercicio.....	... <input type="checkbox"/>				
(c) Leo libros como diversión (sin tener en cuenta los libros del colegio).....	... <input type="checkbox"/>				
(d) Salgo por las noches (a una discoteca, a un bar, a una fiesta, etc.).....	... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
(e) Otros hobbies (toco un instrumento, canto, pinto, escribo etc.).....	... <input type="checkbox"/>				
(f) Quedo con amigos para divertirme en centros comerciales, en la calle, en un parque.....	... <input type="checkbox"/>				
(g) Uso internet para divertirme (chats, música, juegos, redes sociales, videos etc.).....	... <input type="checkbox"/>				
(h) Juego en máquinas tragaperras (en las que puedes ganar dinero).....	... <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
(a) Por enfermedad.....	... <input type="checkbox"/>					
(b) Porque no te apetecía ir.....	... <input type="checkbox"/>					
(c) Por otras razones.....	... <input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas son sobre tabaco (incluyendo cigarrillos o tabaco de liar y excluyendo cigarrillos electrónicos)

C05 ¿Qué dificultad tendrías en conseguir cigarrillos (sin incluir cigarrillos electrónicos) si quisieras?

- 1 Imposible
- 2 Muy difícil
- 3 Bastante difícil
- 4 Bastante fácil
- 5 Muy fácil
- 6 No sé

C06 ¿Cuántas veces en tu vida has fumado cigarrillos (sin incluir cigarrillos electrónicos)?

Número de veces

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 o más |
| <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

C07 ¿Cuántas veces en LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS has fumado cigarrillos (sin incluir cigarrillos electrónicos)?

- 1 Nunca
- 2 Menos de 1 cigarrillo a la semana
- 3 Menos de 1 cigarrillo al día
- 4 1-5 cigarrillos al día
- 5 6-10 cigarrillos al día
- 6 11-20 cigarrillos al día
- 7 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
--	-------	----------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

(a) Fumar tu primer cigarrillo (sin incluir cigarrillos electrónicos).....

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(b) Fumar cigarrillos diariamente (sin incluir cigarrillos electrónicos).....

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

Las siguientes preguntas tratan sobre FUMAR y sobre productos CON NICOTINA tales como: cigarrillos electrónicos (incluyendo vapeadores y pipas de agua)

C09 ¿Has usado alguna vez cigarrillos electrónicos?

Puedes marcar varias opciones

- 1 Sí, en los últimos 30 días
- 1 Sí, en los últimos 12 meses
- 1 Sí, hace más de 12 meses
- 1 Nunca

C10 ¿Cuántas veces has fumado 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

C11 ¿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
(a) Fumar tu primer cigarrillo electrónico..... <input type="checkbox"/>								
(b) Fumar cigarrillos electrónicos diariamente..... <input type="checkbox"/>								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C12 ¿Cuándo probaste por primera vez cigarrillos electrónicos, ¿cuál era tu consumo de tabaco?

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

OC01 ¿Por qué probaste los cigarrillos electrónicos por primera vez?

Puedes marcar varias opciones

- 1 Nunca he probado cigarrillos electrónicos
- 1 Para dejar de fumar tabaco
- 1 Por curiosidad
- 1 Porque mis amigos/ otras personas me ofrecieron un cigarrillo electrónico
- 1 Ninguna de las razones anteriores

OC02 La primera vez que probaste cigarrillos electrónicos ¿Qué contenía tu cigarrillo electrónico?

Puedes marcar varias opciones

- 1 Nunca he probado cigarrillos electrónicos
- 1 Nicotina
- 1 Saborizantes
- 1 No lo sé

C13 ¿Has usado alguna vez pipas de agua?

Puedes marcar varias opciones

	Sí, en los últimos 30 días	Sí, en los últimos 12 meses	Sí, hace más de 12 meses	Nunca
(a) Pipas de agua (cachimbas)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

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

C14 ¿Qué dificultad piensas 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
	1	2	3	4	5	6
(a) Cerveza.....	<input type="checkbox"/>					
(b) Sidra.....	<input type="checkbox"/>					
(d) Vino.....	<input type="checkbox"/>					
(e) Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores...	<input type="checkbox"/>					

C15 ¿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
(a) En tu vida.....	<input type="checkbox"/>						
(b) En los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>						
(c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>						

C16 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
(a) Cerveza.....	<input type="checkbox"/>						
(b) Sidra.....	<input type="checkbox"/>						
(d) Vino.....	<input type="checkbox"/>						
(e) Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores.....	<input type="checkbox"/>						

Las siguientes preguntas se refieren al último día que consumiste alcohol

C17 ¿Cuántos días han pasado desde que bebiste alcohol por última vez?

- 1 Nunca he bebido alcohol
- 2 Han pasado de 1 a 7 días
- 3 Han pasado de 8 a 14 días
- 4 Han pasado de 15 a 30 días
- 5 Ha pasado de 1 mes a 1 año
- 6 Ha pasado más de un año

C18 Piensa en el ÚLTIMO DÍA que tomaste una bebida alcohólica. ¿Cuál de las siguientes bebidas alcohólicas tomaste ese día?

Puedes marcar varias opciones

- 1 Nunca tomo bebidas alcohólicas
- 1 Cerveza
- 1 Sidra
- 1 Vino
- 1 Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores...

C18a Si bebiste CERVEZA la última vez que tomaste una bebida alcohólica, ¿Cuánto bebiste?

- 1 Nunca bebo cerveza
- 2 No tomé cerveza la última vez que tomé una bebida alcohólica
- 3 1 lata de cerveza o 2 cañas
- 4 2-3 latas de cerveza o 3-4 cañas o 1 litrona
- 5 4-6 latas de cerveza o 5-8 cañas o más de 1 litrona hasta 2 litronas
- 6 Más de 6 latas de cerveza o más de 8 cañas o más de 2 litronas

C18d Si bebiste VINO la última vez que tomaste una bebida alcohólica, ¿Cuánto bebiste?

- 1 Nunca bebo vino
- 2 No tomé vino la última vez que tomé una bebida alcohólica
- 3 Menos de 2 copas de vino
- 4 2-3 copas de vino o media botella de vino
- 5 4-6 copas de vino
- 6 Más de 6 copas de vino

C18b Si bebiste SIDRA la última vez que tomaste una bebida alcohólica, ¿Cuánto bebiste?

- 1 Nunca bebo sidra
- 2 No tomé sidra la última vez que tomé una bebida alcohólica
- 3 Menos de media botella de sidra
- 4 De media botella a una botella de sidra
- 5 Más de 1 botella a 2 botellas de sidra
- 6 Más de 2 botellas de sidra

C18e Si bebiste COMBINADOS, CUBATAS, WHISKY, RON, GINEBRA, VODKA, TEQUILA, LICORES... la última vez que tomaste una bebida alcohólica, ¿Cuánto bebiste?

- 1 Nunca bebo combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores...
- 2 No tomé combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores... la última vez que tomé una bebida alcohólica
- 3 Menos de 2 copas o vasos o menos de 4 chupitos
- 4 2-3 copas o vasos o 4-6 chupitos
- 5 4-5 copas o vasos o 7-10 chupitos
- 6 Más de 5 copas o vasos o más de 10 chupitos

C18f Por favor indica en una escala del 1 al 10 lo borracho que estabas el último día que bebiste alcohol. (Si no tuviste ninguna sensación de estar borracho marca "1").

Muy borracho,
por ejemplo sin poder
recordar lo ocurrido

Nada borracho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 Nunca tomo bebidas alcohólicas

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días

C19 Pensando en los ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿Cuántas veces has tomado 5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

Considera 1 bebida alcohólica: 1 caña de cerveza, 1 vaso de vino, medio vaso de combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka o tequila, o un chupito de whisky, ron, ginebra, vodka, tequila o licores.

- 1 Nunca
- 2 1
- 3 2
- 4 3-5
- 5 6-9
- 6 10 o más veces

Las siguientes preguntas son también sobre bebidas alcohólicas

C20 ¿Cuántas veces por tomar bebidas alcohólicas has tenido sensación de inestabilidad cuando andas, 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
(a) En tu vida..... <input type="checkbox"/>						
(b) En los últimos 12 meses..... <input type="checkbox"/>						
(c) En los últimos 30 días..... <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
(a) Tomar bebidas alcohólicas (al menos un vaso)..... <input type="checkbox"/>								
(b) Emborracharte..... <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
	1	2	3	4	5
(a) porque ayuda a pasártelo bien en una fiesta?..... <input type="checkbox"/>				
(b) porque ayuda cuando te sientes deprimido o nervioso?..... <input type="checkbox"/>				
(c) para animarte cuando estás de mal humor?..... <input type="checkbox"/>				
(d) porque te gusta cómo te sientes?..... <input type="checkbox"/>				
(e) para colocarte?..... <input type="checkbox"/>				
(f) porque hace que las reuniones sociales sean más divertidas?... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
(g) para encajar en grupo de gente?..... <input type="checkbox"/>				
(h) porque mejora las fiestas y celebraciones?..... <input type="checkbox"/>				
(i) para olvidar tus problemas?..... <input type="checkbox"/>				
(j) porque es divertido?..... <input type="checkbox"/>				
(k) para gustar a otros?..... <input type="checkbox"/>				
(l) para no sentirte excluido?..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Los tranquilizantes y sedantes, (tales como frankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, lexatin, orfidal, noctamid, benzodicepinas, zolpidem, stilnox), 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 ¿Has tomado alguna vez tranquilizantes o sedantes porque un médico te dijo que lo tomaras?

- 1 No, nunca
- 2 Sí, pero durante menos de 3 semanas
- 3 Sí, durante 3 semanas o más

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

C24 ¿Qué dificultad crees que tendrías para conseguir cannabis si tú quisieras?

- 1 Imposible
- 4 Bastante fácil
- 2 Muy difícil
- 5 Muy fácil
- 3 Bastante difícil
- 6 No sé

C25 ¿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
(a) En tu vida..... <input type="checkbox"/>						
(b) En los últimos 12 meses..... <input type="checkbox"/>						
(c) En los últimos 30 días..... <input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

C26 ¿A qué edad probaste por primera vez cannabis?

- 1 Nunca
- 2 Con 9 años o menos
- 3 Con 10 años
- 4 Con 11 años
- 5 Con 12 años
- 6 Con 13 años
- 7 Con 14 años
- 8 Con 15 años
- 9 Con 16 años

OC03 ¿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

OC04 ¿Has consumido cannabis mezclado con tabaco alguna vez?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 De vez en cuando
- 4 Bastante a menudo
- 5 Muy a menudo

OC05 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has consumido los siguientes tipos de cannabis?

Marca una casilla por cada línea.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
(a) Hachís (resina de cannabis, chocolate)..... <input type="checkbox"/>				
(b) Marihuana (hierba)..... <input type="checkbox"/>				
(c) Aceite de cannabis..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

C27 ¿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?**

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

Las siguientes preguntas son sobre otras drogas

C28 ¿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
	1	2	3	4	5	6
(a) Anfetaminas.....	<input type="checkbox"/>					
(b) Metanfetaminas.....	<input type="checkbox"/>					
(c) Tranquilizantes o sedantes sin receta médica....	<input type="checkbox"/>					
(d) Éxtasis.....	<input type="checkbox"/>					
(e) Cocaína.....	<input type="checkbox"/>					
(f) Cocaína base (crack).....	<input type="checkbox"/>					

C29 ¿Cuántas veces has consumido...?

Marca una casilla por cada línea.

	Número de veces		
	0	1 - 2	3 o más
(a) Éxtasis en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Éxtasis en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Anfetaminas en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Anfetaminas en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Metanfetaminas en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Metanfetaminas en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3
(g) Cocaína en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Cocaína en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Cocaína base (crack) en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Cocaína base (crack) en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Heroína en tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Heroína en los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

C30 ¿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
(a) En tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) En los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

C31 ¿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
(a) LSD u otros alucinógenos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Setas mágicas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) GHB..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) RBN..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e) Drogas inyectadas con aguja (como heroína, cocaína, anfetaminas)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3

C32 ¿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
(a) Tranquilizantes o sedantes sin receta médica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Esteroides anabolizantes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Alcohol junto con medicamentos para colocarte..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Analgésicos para colocarte..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e) Derivados opioides (fentanilo, morfina, tramadol, codeína...) para colocarte..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3

OC06 ¿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
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(a) Probar tranquilizantes o sedantes sin receta médica..... <input type="checkbox"/>								
(b) Probar anfetaminas o metanfetaminas <input type="checkbox"/>								
(c) Probar cocaína o base (crack)..... <input type="checkbox"/>								
(d) Probar éxtasis..... <input type="checkbox"/>								
(e) Probar inhalables volátiles (colas, pegamentos, disolventes, poppers, nitritos, gasolina) para colocarte.... <input type="checkbox"/>								
(f) Probar alcohol junto con medicamentos para colocarte..... <input type="checkbox"/>								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Las siguientes preguntas son sobre nuevas sustancias

C33 En la actualidad se encuentran disponibles nuevas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales como cannabis o éxtasis. Estas nuevas sustancias llamadas (legal highs, research chemicals, keta, spice, miau miau, flakka, superman...) se pueden presentar en distintas formas tales como mezclas de hierbas, polvos, cristales, comprimidos o inciensos.

¿Cuántas veces has usado estas sustancias?

Marca una casilla por cada línea.

	Número de veces			
	0	1 - 2	3 o más	No sé/ no estoy seguro
(a) En tu vida..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) En los últimos 12 meses..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C34 Si has consumido estas nuevas sustancias en los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Qué aspecto o forma tenían estas nuevas sustancias?

Marca una o más casillas.

- No he consumido estas sustancias en los últimos 12 meses
- Mezclas de hierbas para fumar con efectos similares a las drogas
- Polvos, cristales o comprimidos con efectos similares a las drogas
- Líquidos con efectos similares a las drogas
- Otros

OC07 ¿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
(a) Cannabinoides sintéticos (spice)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Catinonas sintéticas (mefedrona, miau miau, flakka)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Ketamina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Ayahuasca..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3

Las siguientes preguntas son sobre varias sustancias

C35 ¿Cuánto RIESGO (físico o de otro tipo) crees que tiene una persona si...?

Marca una casilla por cada línea.

	Ningún riesgo	Un pequeño riesgo	Un riesgo moderado	Un gran riesgo	No lo sé
	1	2	3	4	5
(a) Fuma cigarrillos ocasionalmente..... <input type="checkbox"/>				
(b) Fuma 1 o más paquetes de cigarrillos al día..... <input type="checkbox"/>				
(c) Prueba cigarrillos electrónicos una o dos veces..... <input type="checkbox"/>				
(d) Toma una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días..... <input type="checkbox"/>				
(e) Toma cuatro o cinco bebidas alcohólicas casi todos los días..... <input type="checkbox"/>				
(f) Toma cinco o más bebidas alcohólicas en una ocasión casi todos los fines de semana..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

C36 De nuevo, ¿Cuánto RIESGO (físico o de otro tipo) crees que tiene una persona si...?

Marca una casilla por cada línea.

	Ningún riesgo	Un pequeño riesgo	Un riesgo moderado	Un gran riesgo	No lo sé
	1	2	3	4	5
(a) Prueba cannabis una o dos veces?..... <input type="checkbox"/>				
(b) Fuma cannabis ocasionalmente?..... <input type="checkbox"/>				
(c) Fuma cannabis habitualmente?..... <input type="checkbox"/>				
(d) Prueba éxtasis una o dos veces?..... <input type="checkbox"/>				
(e) Toma éxtasis habitualmente?..... <input type="checkbox"/>				
(f) Prueba anfetaminas (speed) una o dos veces?..... <input type="checkbox"/>				
(g) Toma anfetaminas (speed) habitualmente?..... <input type="checkbox"/>				
(h) Prueba cannabinoides sintéticos una o dos veces?..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

OC08 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Has experimentado alguna de las situaciones siguientes?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

	Nunca	Sí, mientras consumía alcohol	Sí, mientras consumía otras drogas	Sí, pero NO mientras consumía alcohol/otras drogas
(a) Me he visto involucrado en una pelea física..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(b) He sufrido un accidente o lesión..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(c) He perdido o se me han estropeado objetos personales o ropa..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(d) He tenido discusiones serias..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(e) He sido víctima de un robo o de un atraco..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(f) He tenido problemas con la policía..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(g) He sido atendido u hospitalizado en urgencias por una intoxicación severa..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(h) He sido atendido u hospitalizado en urgencias por un accidente o lesión..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(i) He mantenido relaciones sexuales sin preservativo..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(j) He sido víctima de una relación sexual no consentida..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(k) Me he hecho daño a mí mismo de forma intencionada..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(l) He conducido una moto, coche u otro vehículo a motor..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(m) He tenido un accidente mientras que yo conducía..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
(n) He nadado en aguas profundas (piscina, río, lago o mar)..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1

Las siguientes preguntas son sobre redes sociales

C37 Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuántas horas has pasado usando las redes sociales para comunicarte con otros a través de internet? (Usando por ejemplo WhatsApp, Instagram, Facebook, Blogs, Snapchat, Skype, Twitter, Hangouts, etc.)

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
(a) Durante un día lectivo (un día que vas al colegio)..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
(b) Durante un día no lectivo (un día del fin de semana o de las vacaciones)..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

C38 ¿En qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la comunicación en las redes sociales a través de internet?

Marca una casilla por cada línea.

	Muy de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo
(a) Creo que paso demasiado tiempo en las redes sociales..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(b) Me pongo de mal humor cuando no puedo dedicarle tiempo a las redes sociales..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(c) Mis padres dicen que paso demasiado tiempo en las redes sociales..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Las siguientes preguntas son sobre videojuegos

C39 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
(a) Durante un día de colegio..... <input type="checkbox"/>					
(b) Durante un día sin colegio (un día del fin de semana o de las vacaciones)..... <input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

C40 Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuántos días has jugado a videojuegos (de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.) usando un ordenador, una Tablet, una consola, un Smartphone u otro dispositivo electrónico?

- 1 Ningún día
- 2 1 día
- 3 2 días
- 4 3 días
- 5 4 días
- 6 5 días
- 7 6 días
- 8 7 días

C41 ¿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
	1	2	3	4	5
(a) Creo que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos..... <input type="checkbox"/>				
(b) Me pongo de mal humor cuando no puedo jugar a videojuegos..... <input type="checkbox"/>				
(c) Mis padres dicen que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos..... <input type="checkbox"/>				

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** (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)

C42 ¿Con qué frecuencia has jugado dinero en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses
- 2 Una vez al mes o menos frecuentemente
- 3 2-4 veces al mes
- 4 2-3 veces o más a la semana

C43 ¿Cuánto tiempo estuviste jugando dinero en un DÍA CUALQUIERA en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses
- 2 Menos de 30 minutos
- 3 Entre 30 minutos y 1 hora
- 4 Entre 1 y 2 horas
- 5 Entre 2 y 3 horas
- 6 3 horas o más

C44 ¿Cuántas veces estuviste jugando dinero durante más de 2 horas seguidas en los ÚLTIMOS 12 MESES?

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

C45 Si has jugado dinero en los ÚLTIMOS 12 MESES ¿A qué juegos has jugado?

Marca una casilla por cada línea.

	No he jugado a estos juegos 1	Mensualmente o menos 2	2-4 veces al mes 3	2 – 3 veces o más a la semana 4
(a) Máquinas tragaperras (de frutas, nuevas máquinas tragaperras, etc.)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Juegos de cartas o dados (póker, bridge, dados, etc.)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Loterías (rasca y gana, bingo, keno, etc.)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Apuestas deportivas o de animales (caballos, perros, etc.)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C46 Si has jugado dinero en los ÚLTIMOS 12 MESES ¿Cuántas veces has usado INTERNET?

- 1 No he jugado dinero en los últimos 12 meses
- 2 Nunca he usado internet para jugar dinero
- 3 Raramente
- 4 A veces
- 5 Casi siempre
- 6 Siempre

Ahora piensa de nuevo sobre jugar dinero en general:

C47 ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

- 1 No
2 Sí

C48 ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuanto juegas?

- 1 No
2 Sí

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

C49 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que completó tu padre?

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

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

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

C51 ¿Cuál es la situación económica de tu familia en comparación con otras familias de tu país?

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

C52 ¿Con cuáles de las siguientes personas convives en la misma casa la mayoría del tiempo?

Marca todas las casillas que consideres necesarias.

- 1 Vivo solo
- 1 Padre
- 1 Padrastro
- 1 Madre
- 1 Madrastra

- 1 Hermano (s)
- 1 Hermana(s)
- 1 Abuelo (s)
- 1 Otros familiares
- 1 No familiares (por ej. vivo en una residencia o colegio mayor...)

C53 ¿Con qué frecuencia te ocurren las siguientes afirmaciones?

Marca una casilla por cada línea.

	Casi siempre 1	A menudo 2	A veces 3	Raramente 4	Casi nunca 5
(a) Mis padres fijan las normas claras sobre lo que puedo hacer en casa..... <input type="checkbox"/>				
(b) Mis padres fijan normas claras sobre lo que puedo hacer fuera de casa..... <input type="checkbox"/>				
(c) Mis padres saben con quién estoy cuando salgo por las noches <input type="checkbox"/>				
(d) Mis padres saben dónde estoy cuando salgo por las noches..... <input type="checkbox"/>				
(e) Mi madre y/o mi padre me prestan dinero fácilmente..... <input type="checkbox"/>				
(f) Mi madre y/o mi padre me dan dinero fácilmente..... <input type="checkbox"/>				

C54 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 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
(a) Mi familia realmente trata de ayudarme... <input type="checkbox"/>						
(b) Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia..... <input type="checkbox"/>						
(c) Puedo hablar de mis problemas con mi familia..... <input type="checkbox"/>						
(d) Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones..... <input type="checkbox"/>						

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 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
(a) Mis amigos realmente tratan de ayudarme.. <input type="checkbox"/>						
(b) Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal..... <input type="checkbox"/>						
(c) Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas..... <input type="checkbox"/>						
(d) Puedo hablar con mis amigos de mis problemas..... <input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

C56 ¿Sabes tu padre o tu madre dónde pasas los sábados por la noche?

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

C57 Si alguna vez hubieras consumido cannabis, ¿crees que lo habrías dicho en este cuestionario?

- 1 Ya he dicho que lo he consumido
- 2 Claro que sí
- 3 Probablemente sí
- 4 Probablemente no
- 5 Claro que no

Las siguientes preguntas son sobre ti y lo que piensas sobre los demás

O01 ¿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

O02 Normalmente cómo estás de satisfecho con...

Marca una casilla por cada línea.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Normal	No muy satisfecho	Para nada satisfecho	No tengo madre/ padre/ amigos
	1	2	3	4	5	6
(a) la relación con tu madre..... <input type="checkbox"/>					
(b) la relación con tu padre..... <input type="checkbox"/>					
(c) la relación con tus amigos..... <input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

O03 ¿Cuál crees que sería la reacción de tu madre si hicieras alguna de las siguientes cosas?

Marca una casilla por cada línea.

	No lo permitiría	Me lo desaconsejaría	No le importaría	Lo aprobaría	No sé
	1	2	3	4	5
(a) Emborracharme..... <input type="checkbox"/>				
(b) Fumar cigarrillos..... <input type="checkbox"/>				
(c) Consumir cannabis..... <input type="checkbox"/>				
(d) Consumir éxtasis..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

O04 ¿Cuál crees que sería la reacción de tu padre si hicieras alguna de las siguientes cosas?

Marca una casilla por cada línea.

	No lo permitiría	Me lo desaconsejaría	No le importaría	Lo aprobaría	No sé
	1	2	3	4	5
(a) Emborracharme..... <input type="checkbox"/>				
(b) Fumar cigarrillos..... <input type="checkbox"/>				
(c) Consumir cannabis..... <input type="checkbox"/>				
(d) Consumir éxtasis..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

O05 ¿Cuántos de tus amigos calculas que...

Marca una casilla por cada línea.

	Ninguno	Unos pocos	Algunos	La mayoría	Todos
	1	2	3	4	5
(a) fuman cigarrillos?..... <input type="checkbox"/>				
(b) toman bebidas alcohólicas (combinados, cubatas, cerveza, sidra, vino, licores)?..... <input type="checkbox"/>				
(c) se emborrachan?..... <input type="checkbox"/>				
(d) fuman cannabis?..... <input type="checkbox"/>				
(e) toman tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)?..... <input type="checkbox"/>				
(f) consumen éxtasis?..... <input type="checkbox"/>				
(g) usan inhalables volátiles?..... <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son, de nuevo, sobre bebidas alcohólicas

006 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".

a. ¿Cuántos días has tomado alguna bebida alcohólica?

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

b. 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

c. ¿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

d. ¿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

e. ¿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

O07 Piensa en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¿En cuántas ocasiones has comprado cerveza, sidra, 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
(a) Cerveza..... <input type="checkbox"/>					
(b) Sidra..... <input type="checkbox"/>					
(d) Vino..... <input type="checkbox"/>					
(e) Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores <input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

O08 Piensa una vez más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¿En cuántas ocasiones has consumido cerveza, sidra, 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
(a) Cerveza..... <input type="checkbox"/>					
(b) Sidra..... <input type="checkbox"/>					
(d) Vino..... <input type="checkbox"/>					
(e) Combinados, cubatas, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, licores <input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

O09 Piensa en el último día en el que tomaste alcohol. ¿Dónde estabas cuando bebiste?

Marca todas las que consideres necesarias.

- 1 Nunca bebo alcohol
- 1 En mi casa
- 1 En casa de otra persona
- 1 En la calle, en un parque, en la playa o en espacios públicos abiertos
- 1 En un bar o en un pub
- 1 En una discoteca
- 1 En un restaurante
- 1 En otros lugares

Las siguientes preguntas son sobre bebidas energéticas

O10 ¿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
(a) En tu vida..... <input type="checkbox"/>						
(b) Durante los últimos 12 meses..... <input type="checkbox"/>						
(c) Durante los últimos 30 días..... <input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

O11 ¿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
(a) En tu vida..... <input type="checkbox"/>						
(b) Durante los últimos 12 meses..... <input type="checkbox"/>						
(c) Durante los últimos 30 días..... <input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

A continuación te hacemos algunas preguntas más sobre Internet y juegos ONLINE

O12 Por favor, lee las afirmaciones siguientes respecto al uso de internet. Indica con qué frecuencia te ocurren las siguientes situaciones.

Marca una casilla para cada línea.

	Nunca 1	Rara vez 2	Alguna vez 3	A menudo 4	Muy a menudo 5
a) ¿Con qué frecuencia te ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estabas conectado? <input type="checkbox"/>				
b) ¿Con qué frecuencia has seguido conectado a internet a pesar de querer parar? <input type="checkbox"/>				
c) ¿Con qué frecuencia tus padres, o amigos te dicen que deberías pasar menos tiempo en internet? <input type="checkbox"/>				
d) ¿Con qué frecuencia prefieres conectarte a internet en vez de pasar el tiempo con otros (padres, amigos...)? <input type="checkbox"/>				
e) ¿Con qué frecuencia duermes menos por estar conectado a internet? <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
f) ¿Con qué frecuencia te encuentras pensando en internet , aunque no estés conectado? <input type="checkbox"/>				
g) ¿Con qué frecuencia estás deseando conectarte a internet? <input type="checkbox"/>				
h) ¿Con qué frecuencia piensas que deberías usar menos internet? <input type="checkbox"/>				
i) ¿Con qué frecuencia has intentado pasar menos tiempo conectado a internet y no lo has conseguido? <input type="checkbox"/>				
j) ¿Con qué frecuencia intentas terminar tus tareas/deberes a toda prisa para conectarte a internet? <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
k) ¿Con qué frecuencia descuidas tus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefieres conectarte a internet? <input type="checkbox"/>				
l) ¿Con qué frecuencia te conectas a internet cuando estas "de bajón" ? <input type="checkbox"/>				
m) ¿Con qué frecuencia te conectas a internet para olvidar tus penas o sentimientos negativos? <input type="checkbox"/>				
n) ¿Con qué frecuencia te sientes inquieto, frustrado o irritado si no puedes usar internet ? <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

O13 Lee las siguientes afirmaciones relacionadas con los juegos online. La pregunta SE REFIERE EXCLUSIVAMENTE a los JUEGOS ONLINE, pero utilizamos la expresión 'juego' en cada frase para simplificar. Por favor, indica con qué frecuencia te ocurren estas afirmaciones.

Marca una casilla para cada línea.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Muy a menudo	Siempre
	1	2	3	4	5
a) Cuando no estás jugando, ¿con qué frecuencia piensas en jugar o piensas cómo te sentirías jugando en ese momento? <input type="checkbox"/>				
b) ¿Con qué frecuencia juegas más tiempo de lo que originalmente has planeado? <input type="checkbox"/>				
c) ¿Con qué frecuencia te sientes deprimido o irritable cuando no juegas y estos sentimientos desaparecen cuando empiezas a jugar? <input type="checkbox"/>				
d) ¿Con qué frecuencia sientes que debes reducir la cantidad de tiempo que pasas jugando ? <input type="checkbox"/>				
e) ¿Con qué frecuencia las personas que te rodean se quejan de que estás jugando demasiado ? <input type="checkbox"/>				
f) ¿Con qué frecuencia has dejado de quedar con amigos porque estabas jugando? <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5
g) ¿Con qué frecuencia sueñas despierto con los juegos ? <input type="checkbox"/>				
h) ¿Con qué frecuencia pierdes la noción del tiempo cuando estás jugando? <input type="checkbox"/>				
i) ¿Con qué frecuencia estás inquieto o irritable si no puedes jugar durante unos días? <input type="checkbox"/>				
j) ¿Con qué frecuencia intentas reducir el tiempo que pasas jugando y no lo consigues? <input type="checkbox"/>				
k) ¿Con qué frecuencia discutes con tus padres por los juegos? <input type="checkbox"/>				
l) ¿Con qué frecuencia descuidas otras actividades porque prefieres jugar? <input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

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

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

- 1 No
2 Sí

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

Marca una o varias opciones.

- 1 Nunca he usado estas sustancias
1 Me las ofreció un familiar, un amigo o un conocido
1 A través de un camello (traficante)
1 A través de internet
1 En una farmacia sin receta médica